

Результаты. Основные характеристики полученных результатов представлены в таблице 1. Таблица 1

Основные характеристики полученных результатов в обеих группах

Группа	Сроки, нед	IPSS, баллы	С-мы опорожнения (1,3,5,6)	С-мы наполнения (2,4,7)	QoL, баллы	V ост мочи, мл	Qmax, мл/с
I	0	18±2,2	8±0,4	10±0,6	3,4±0,3	40,2±3,8	10,2±1,4
	4	12±0,9*	6±0,3	6±0,4	2,8±0,1	24,6±1,6	12,4±0,9
	8	10±0,4*	4±0,6	6±0,8*	2,4±0,2*	20,4±3,4*	12,8±1,8
II	0	19±1,8	8±0,5	11±0,9	3,6±0,2	38,4±3,0	10,4±0,7
	4	10±0,8*	5±0,3	5±0,3	2,4±0,1	20,4±1,6	10,9±0,8
	8	8±0,4*	4±0,3	4±0,2*	2,0±0,2*	14,8±1,8*	11,6±1,0

Примечание: * - при значениях $p < 0,05$ при сравнении показателей в те же сроки наблюдения

У пациентов обеих групп непосредственно перед началом терапии преобладала ирритативная симптоматика. Через 4 и 8 недель после лечения средний суммарный балл IPSS был достоверно ниже в группе комбинированной терапии (тамсулозин + Serenoa repens) по сравнению с группой монотерапии тамсулозином. Эти различия были наиболее выражены через 8 недель лечения и прежде всего касались симптомов накопления. Результаты комбинированной терапии также были достоверно лучше при оценке качества жизни пациентов и количества остаточной мочи, но эти преимущества были зафиксированы только через 8 недель после начала лечения. Объективных различий в обеих группах в отношении уровня максимальной объемной скорости мочеиспускания не отмечалось ни через 4, ни через 8 недель наблюдения.

Уровни побочных эффектов достоверно не различались в обеих группах и в основном были связаны с приемом тамсулозина.

Заключение. Комбинированная терапия симптомов нижних мочевых путей после хирургических вмешательств на предстательной железе по поводу ДГПЖ с помощью тамсулозина и экстракта Serenoa repens является эффективным подходом, который превосходит результаты монотерапии тамсулозином в коррекции ирритативной группы симптомов и улучшении зависимого от здоровья качества жизни.

ДИВЕРТИКУЛЫ ЖЕНСКОЙ УРЕТРЫ

Д.В. Щукин, П.В. Мозжаков., С.В. Андреев, А.В. Аркатов, А.И. Гарагатый
Харьковский национальный медицинский университет
КУОЗ «Областной центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала»

Введение. Наиболее образно дивертикулы уретры у женщин охарактеризовал американский уролог Eric S. Rovner: "Дивертикулы женской уретры представляют собой одну из наиболее сложных диагностических и реконструктивных проблем в женской урологии. Эти случаи могут быть одновременно очаровательными и разочаровывающими...., но их объединяет то, что все они по своему уникальны".

Уретральные дивертикулы имеют место у 0,6%-6,0% женщин и наиболее часто диагностируются в возрасте от 30 до 50 лет. Чаще всего они представляют собой полость, соединяющуюся с уретрой единичным каналом. Размеры дивертикулов могут варьировать от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Основной причиной их формирования является рецидивирующая инфекция с образованием абсцессов парауретральных и уретральных желез (желез Skene), которые располагаются в области средней и дистальной части уретры, по ее задне-латеральной стенке, в районе 3 и 9 часов условного циферблата. Эти переполненные железы разрываются и дренируются в просвет уретры, образуя полость дивертикула. В дальнейшем полость эпителизируется за счет эпителия уретры и становится истинным дивертикулом.

Хроническое воспаление и застой мочи могут приводить к злокачественной трансформации элементов дивертикула с образованием аденокарциномы, переходно-клеточного или чешуйчато-клеточного рака. Однако, гораздо чаще в его просвете образуются камни. Они могут выявляться в 1,5%-10% случаев. Среди основных причин формирования камней дивертикула, кроме хронического застоя мочи, можно выделить отложение солевых депозитов и активное выделение слизи эпителием,

выстилающим его просвет. Размеры данных конкрементов крайне редко бывают большими, но в литературе описан один случай, когда в дивертикуле был обнаружен камень 5,0x6,0 см.

Касаясь классификации дивертикулов, необходимо отметить, что в основном их разделяют в соответствии с локализацией по отношению к уретре и шейке мочевого пузыря, а также в соответствии с длиной окружности уретры, которую они охватывают. Данные образования наиболее часто располагаются по средней линии на уровне средней части уретры, но могут распространяться дистальнее, почти до наружного отверстия уретры или проксимальнее, до шейки мочевого пузыря. В ряде случаев они могут достигать треугольника Льео. В аксиальном плане полость уретрального дивертикула может распространяться латерально, вдоль стенки уретры, а в некоторых ситуациях она частично или полностью окутывает уретру.

Классической триадой симптомов уретрального дивертикула считается наличие дизурии, диспареунии и подтекания мочи после мочеиспускания. Однако, клинические проявления данной патологии могут быть значительно вариабельнее и включать ирритативную симптоматику, болевой синдром и другие проявления инфекции мочевых путей, а также пальпируемое образование в области влагалища и гематурию. К сожалению, все эти клинические проявления не являются ни чувствительными, ни специфичными по отношению к диагнозу уретрального дивертикула. Нужно учитывать, что до 20% пациенток вообще не имеют каких-либо симптомов.

Низкая специфичность симптомов данного заболевания приводит к тому, что пациентки в течении многих лет лечатся по поводу других болезней, таких как интерстициальный цистит, уретральный синдром, рецидивирующий цистит, вульводиния или эндометриоз. В 2000 году Romanzi L.J. и соавторы представили результаты изучения уретральных дивертикулов у 46 пациенток. Эта работа показала, что средний интервал от момента возникновения симптомов до установления правильного диагноза составил 5,2 года. Пациенток консультировали в среднем девять врачей. При этом у 52% больных имелось пальпируемое образование в области передней стенки влагалища. Дивертикул уретры может быть очень сложной патологией для диагностики даже при использовании современных методов визуализации. Поэтому большинство исследователей, изучавших данное заболевание, указывают на то, что наиболее точным диагностическим инструментом для выявления уретрального дивертикула нужно считать высокий уровень подозрения на его наличие. Уретральные дивертикулы являются не только диагностической, но и серьезной хирургической проблемой, так как при операции могут быть повреждены уретра, шейка мочевого пузыря, мочеточники, а также элементы внутреннего и наружного сфинктера мочевого пузыря. Факторами риска послеоперационных осложнений считаются длительный период до установления диагноза (>12 месяцев), большой размер (>4 см) и сложная конфигурация дивертикула. Наиболее частыми осложнениями хирургических вмешательств по поводу уретрального дивертикула являются недержание мочи (1,7%-16,1%), уретровлагалищный свищ (0,9%-8,3%), стриктура уретры (0%-5,2%), рецидив дивертикула (1%-25%) и рецидивирующая инфекция мочевых путей (0%-31,3%)

Мы представляем ретроспективную оценку собственного опыта хирургического лечения дивертикулов женской уретры.

Материал и методы. В исследование вошли 8 пациенток, которые находились на лечении в ОКЦУН им. В.И.Шаповала с 2006 по 2016 гг. Больные подвергались стандартному физикальному обследованию, которое включало пальцевое исследование влагалища и осмотр влагалища в зеркалах. Ультразвуковое исследование выполнялось в 8 случаях, КТ - в 5, МРТ - в 2, уретроцистография - в 4. В работе были проанализированы жалобы пациенток, сроки от появления симптомов до установления диагноза, первоначальный диагноз, особенности и осложнения хирургических методов лечения, а также отдаленные результаты.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток составлял 46,4±6,4 года. У 6 из 7 больных диагноз в клинике был установлен впервые. В одном случае пациентка поступила по поводу уретро-пузырно-влагалищного свища после удаления уретрального дивертикула. Средний интервал между появлением симптомов и установлением правильного диагноза достигал 38±8,4 месяца.

Основные характеристики уретральных дивертикулов представлены в таблице 1. Полное отсутствие каких-либо симптомов зафиксировано только в одном (12,5 %) наблюдении. Наличие объемного образования во влагалище, периодические боли и рецидивирующая инфекция нижних мочевых путей были наиболее частыми симптомами, так как имели место у 4 (50 %) пациенток. Подтекание мочи после мочеиспускания и диспареуния являлись более редкими клиническими проявлениями.

С нашей точки зрения всех пациенток с уретральными дивертикулами прежде всего необходимо подразделять на имеющих пальпируемое объемное образование во влагалище (I группа -

4 наблюдения) или нет (II группа - 4 наблюдения). В первой группе дифференциальный диагноз проводится значительно проще и при опорожнении дивертикула через уретру как правило не требует подтверждения с помощью визуальных методов диагностики. Тем не менее, первичный диагноз уретрального дивертикула при поступлении в стационар имел место только у одной пациентки, в остальных случаях фигурировали заключения о парауретральных кистах и цистоцеле.

Во второй группе установление диагноза является более сложной диагностической задачей и обязательно нуждается в визуальном подтверждении наличия дивертикула. В 3 случаях эти дивертикулы были обнаружены с помощью трансперинеальной ультрасонографии, в одном наблюдении - посредством МРТ.

Таблица 1.

Характеристика уретральных дивертикулов у 8 пациенток

П-ты	Симптомы	Размеры дивертикула, см	Локализация дивертикула	Размеры входа в див-кул, см	Камни в див-ле
1	-	1,8x1,5	Средняя часть уретры	0,3	-
2	Пальпируемое образование, подтекание мочи	4,0x3,0	Средняя часть уретры, вокруг уретры	0,3	2,0 см
3	Боли, инфекция	2,5x2,0	Средняя часть уретры	0,4	-
4	Пальпируемое образование, подтекание мочи, боли	4,6x2,6	Вся дорзальная уретра, вокруг уретры, рядом с шейкой МП	0,4	-
5	Пальпируемое образование, подтекание мочи, инфекция	3,0x2,4	Вся дорзальная уретра, вокруг уретры, рядом с шейкой МП	0,2	-
6	Боли, диспареуния, инфекция	2,2x1,6	Средняя часть уретры, между уретрой и шейкой пузыря	0,4	-
7	Боли, диспареуния, инфекция	3,0x2,5	Слева, между уретрой и шейкой пузыря	0,3	-
8	Пальпируемое образование	7,0x6,0	Вся дорзальная уретра, вокруг уретры, рядом с шейкой МП	0,8	9,0 см

Среди диагностических особенностей необходимо отметить тот факт, что обнаружение камня в полостном образовании, расположенном между уретрой и влагалищем, как правило свидетельствует о наличии уретрального дивертикула. В нашем исследовании крупные камни в просвете дивертикула были выявлены у 2 (25%) пациенток. Размеры дивертикулов варьировали от 1,8 до 7,0 см и составляли в среднем 3,8 см, тогда как размеры входа в них в среднем не превышали 0,4 см (от 0,2 до 0,8 мм). В 5 (62,5%) случаях уретральные дивертикулы имели сложную локализацию по отношению к шейке мочевого пузыря, а в 4 (50%) наблюдениях - по отношению к уретре (циркулярное расположение). У всех пациенток использовалось полное иссечение всего дивертикула из U-образного или срединного влагалищного доступа. Полость дивертикула отделялась острым и тупым путем от стенок влагалища и уретры. После отсечения дивертикула от уретры тщательно ушивалось его устье. В уретру устанавливался катетер Фолея на 2-3 недели.

Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений отмечено не было. Полное исчезновение симптомов при среднем наблюдении 8,6 месяцев зафиксировано у 6 (75%) больных. В одном случае у пациентки сохранялись боли, но значительно меньшей степени выраженности. Еще в одном наблюдении имели место продолжающиеся рецидивы инфекции мочевых путей. Недержания мочи после операции выявлено не было ни у одной из больных. Мы также выполнили пластику уретры с помощью слизистой щеки у пациентки с уретро-пузырно-влагалищным свищем, который образовался после иссечения дивертикула уретры (больная была ранее оперирована в другом лечебном учреждении).

Заключение. Дивертикулы уретры у женщин представляют собой сложную диагностическую и лечебную задачу. Трансперинеальная ультрасонография и МРТ являются оптимальными методами исследования в диагностическом алгоритме этой патологии. Наибольшие хирургические проблемы возникают при удалении крупных дивертикулов, расположенных рядом с шейкой мочевого пузыря и циркулярно по отношению к уретре.