ВРОЖДЕННЫЙ ГИГАНТСКИЙ ДИВЕРТИКУЛ УРЕТРЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

**С.В. Поройский^{1,3}, А.А. Полянцев², Н.А. Гончаров^{1,4}, Д.Н. Сидоров², А.А. Кузнецов²,
Д.А. Дурмышев⁴, Ш.Р. Кудяков⁴, П.С. Кызласов⁵**

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, ¹кафедра медицины катастроф;

²кафедра общей хирургии с урологией;

³ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр», лаборатория моделирования патологии;

⁴ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1»;

⁵ФГБУ ГНЦ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России»

Дивертикул уретры (ДУ) – состояние, характеризующееся мешковидным выпячиванием мочеиспускательного канала. Данное заболевание достаточно редко встречается в практике уролога и поэтому может быть причиной диагностических ошибок. Дивертикулы уретры встречаются у женщин чаще, чем у мужчин, соотношение составляет приблизительно 6:1 [3]. Различают как врожденные (истинные) ДУ, так и приобретенные. Причиной последних могут быть абсцессы, стриктуры, травмы и состояния после хирургического лечения гипоспадии. По локализации различают передние и задние ДУ. Задние чаще бывают приобретенными. В статье описывается случай врожденного дивертикула передней уретры.

Ключевые слова: дивертикул уретры.

DOI 10.19163/1994-9480-2019-3(71)-19-21

CONGENITAL GIGANTIC URETHRAL DIVERTICULUM (A CASE FROM PRACTICE)

**S.V. Porojskij^{1,3}, A.A. Polyancev², N.A. Goncharov^{1,4}, D.N. Sidorov²,
A.A. Kuznecov², D.A. Durmyshev⁴, SH.R. Kudyakov⁴, P.S. Kyzlasov⁵**

FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation,

¹Department of Disaster Medicine; ²Department of General Surgery with Urology;

³SBI «Volgograd Medical Scientific Centre», Pathology Modeling Laboratory;

⁴SBHI «Volgograd Regional Clinical Hospital № 1»;

⁵FSBI SSC «Federal Medical Biophysical Center named after A.I. Burnazyan FMBA in Russia»

Urethral diverticulum (UD) – a condition, that is characterized by a bag-shaped urethral protrusion. This disease appears rarely in urological practice thus resulting in various diagnostic mistakes. Urethral diverticulum occur more frequently in women than in men, the ratio is approximately 6:1 [3]. We distinguish congenital (true) and acquired UD. The latter can be caused by abscesses, strictures, injuries and conditions after surgical treatment of hypospadias. According to localization they are classified into anterior and posterior. Posterior UD are more frequently acquired. The article describes a case of congenital anterior urethral diverticulum.

Key words: urethral diverticulum.

Дивертикул уретры (ДУ) – состояние, характеризующееся мешковидным выпячиванием мочеиспускательного канала. Данное заболевание достаточно редко встречается в практике уролога и поэтому может быть причиной диагностических ошибок. Различают врожденные (истинные) ДУ и приобретенные. Причиной последних могут быть абсцессы, стриктуры, травмы и состояния после хирургического лечения гипоспадии. По локализации – передние и задние. Задние ДУ чаще бывают приобретенными. В интернет-ресурсе PubMed имеются лишь единичные источники, описывающие данное состояние и его хирургическое лечение. Поэтому мы приводим клинический случай врожденного гигантского дивертикула мочеиспускательного канала.

Клинический случай. Мы представляем мужчину 40 лет с жалобами на вялую струю мочи, подтекание мочи после мочеиспускания и при перемене положения тела, мешковидное выпячивание

в пеноскротальном (рис. 1) углу, увеличивающееся при мочеиспускании.

Рис. 1. Дивертикул уретры

Из сопутствующих заболеваний следует отметить болезнь Бехтерева и, как результат, туберкулез легких в стадии клинического излечения. При лабораторном обследовании показатели крови в пределах среднефизиологических значений. В общем анализе мочи незначительная лейкоцитурия. При УЗИ патологии со стороны верхних мочевыводящих путей не выявлено. При выполнении ретроградной уретрографии (рис. 2) определяется мешковидное выпячивание в бульбозном отделе уретры.

Рис. 2. Дооперационная уретрограмма

После стандартной предоперационной подготовки запланирована дивертикулэктомия через промежностный доступ. Выполнен срединный разрез промежности, с послойным рассечением мышц. Из окружающих тканей тупым и острым путем выделен дивертикул уретры размером 5×3×3 см, который связан с уретрой через тонкую шейку (рис. 3).

Рис. 3. Выделение дивертикулы уретры во время операции

Дивертикул в области шейки отсечен. Наложены швы на уретру: викрил 4-0 в поперечном направлении после установки силиконового катетера Фолея № 16 по Шарьеру (рис. 4).

Рис. 4. Вид уретры после отсечения дивертикула

Рана промежности и полового члена ушита узловыми швами (Викрил 4-0). Швы на кожу. Асептическая повязка. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась антибактериальная терапия. Швы сняты на 7-е сутки. Уретральный катетер удален на 16-е сутки, на контрольной уретрограмме затекание контрастного вещества не выявлено (рис. 5). Восстановилось самостоятельное адекватное мочеиспускание.

Рис. 5. Послеоперационная уретрограмма

Уретральный дивертикул чаще встречается у женщин и редко встречается у мужчин, приблизительное соотношение составляет 6:1. Общая распространенность дивертикула уретры составляет от 0,5 до 5 % [3]. По этиологии дивертикулы разделяются на врожденные (истинные) и приобретенные [2, 8]. ДУ в 90 % случаев возникают из-за стриктуры уретры, вследствие ее травмы, инфицирования или необходимости в длительной катетеризации, и чаще поражают задние отделы мочеиспускательного канала [7]. Врожденный уретральный дивертикул обычно включает все стенки уретры и располагается в передних отделах. Пеноскротальный угол является излюбленной локализацией передних дивертикулов уретры. Эмбриологически он образуется из-за неправильного закрытия уретральных складок. Врожденные ДУ, в отличие от приобретенных, всегда имеют эпителиальную выстилку, которую можно отличить от приобретенной при гистологическом исследовании. Наш случай был диагностирован как врожденный дивертикул из-за его длительной (более 20 лет) симптоматики, переднего расположения дивертикула, истории травмы или инфекции и последующих результатов гистологического исследования. Данное клиническое наблюдение показывает, что ДУ могут оставаться незамеченными как пациентом, так и специалистом-урологом до тех пор, пока не возникает выраженная клиническая симптоматика патологического процесса, что может обуславливать большое количество осложненных случаев и, как результат, ухудшать прогноз хирургического вмешательства [1].

ДУ проявляются дизурией, затруднениями в мочеиспускании и постмикционным дриблингом. Могут развиваться промежностная масса, флегмона или опухолевидное образование на пенильно-мошоночном переходе (как в нашем случае), а при инфицировании может сформироваться уретраножный свищ [4]. Уретральный камень формируется примерно в 4–10 % случаев ДУ [4]. Ретроградная уретрография и уретроцистоскопия являются очень важными исследованиями при постановке диагноза,

поскольку они помогают не только в диагностике, но также в выявлении осложнений, таких как стриктура уретры и свищ, что может потребовать внимания во время последующего оперативного лечения. Дополнительными методами диагностики могут быть УЗИ, контрастная КТ или МРТ [5, 6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бессимптомные маленькие ДУ, которые не вызывают жалоб, обычно не требуют хирургического лечения. Если причиной дивертикула уретры была стриктура или свищ, то первоначально необходима коррекция этих состояний, чтобы предотвратить дальнейшее увеличение ДУ. Стандартным методом лечения ДУ является его полное иссечение с последующим восстановлением целостности уретры.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Allen D., Mishra V., Pepper W., et al. A single center experience of symptomatic male urethral diverticula // *Urology*. – 2007. – № 70. – P. 650–3.
2. Alphs H.H., Meeks J.J., Casey J.T., et al. Surgical reconstruction of the male urethral diverticulum // *Urology*. – 2010. – № 76. – P. 471–5.
3. Dmoschowski R. Surgery for vesicovaginal fistula, urethrovaginal fistula, and urethral diverticulum / Walsh P.C. (ed.) / *Campbell's urology*, 8th edn. – Philadelphia: WB Saunders, 2002.
4. Gonzalvo P.V., Botella A.R., Canto F.E., et al. Urethral diverticulum complicated with giant lithiasis // *Actas. Urol. Esp.* – 1998. – № 22. – P. 250–2.
5. Kim B., Hricak H., Tanagho E.A. Diagnosis of urethral diverticula in women: value of MR imaging // *Am. J. Roentgenol.* – 1993. – № 161. – P. 809–15.
6. Kundum P.R., Gupta A.K., Thottom P.V, et al. Technical note: dynamic MRI in a complicated giant posterior urethral diverticulum // *Indian. J. Radiol. Imaging*. – 2010. – № 20. – P. 300–3.
7. Ortlip S.A., Gonzalez R., Williams R.D. Diverticula of the male urethra // *J. Urol.* – 1980. – № 124. – P. 350–5.
8. Wickman M.B., Engel R.M. Case of anterior urethral diverticulum in male quadriplegic // *J. Urol.* – 1976. – № 116. – P. 118–19.

Контактная информация

Поройский Сергей Викторович – д. м. н., заведующий кафедрой медицины катастроф, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: poroyskiy@mail.ru