

Лечение парауретральной кисты у женщины репродуктивного возраста. Клинический случай

Л.В.Шаплыгин¹, А.Мансур¹, Н.Р.Пашина²,
О.М.Поспелова³, Ю.В.Выхристюк⁴

¹РУДН, Москва

²Первый медицинский государственный медицинский университет им И.М.Сеченова, Москва

³ФГБУ «Поликлиника №2» Управления делами Президента РФ, Москва

⁴Российский национальный исследовательский Медицинский Университет им. Н.И.Пирогова, Москва

Достоверная частота парауретральных кист до сих пор неизвестна из-за отсутствия специфических симптомов. Тяжесть симптомов при парауретральных кистах не всегда коррелирует с размерами кистозного образования. В статье приведен случай клинического наблюдения хирургического лечения парауретральной кисты у женщины репродуктивного возраста. Данное наблюдение демонстрирует, что в лечении этого заболевания приоритет остается за хирургическими методами. Диагностика и лечение парауретральных кист требуют внимания специалистов разного профиля: врача общей практики, гинеколога, уролога, хирурга. На сегодняшний день не приветствуется пассивная тактика лечения в виде наблюдения пациентки с бессимптомным течением парауретральной кисты. Выжидательная тактика ведения этого заболевания приводит к серьезным осложнениям, таким как инфицирование содержимого кисты, образование парауретрального абсцесса и т.д.

Ключевые слова: парауретральная киста, диагностика, хирургическое лечение, клиническое наблюдение.

Treatment of a Paraurethral Cyst in a Woman of Reproductive Age. Clinical Case

L.V.Shaplygin¹, A.Mansur¹, N.R.Pashina²,
O.M.Pospelova³, Yu.V.Vykhristyuk⁴

¹RUDN University, Moscow

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

³Clinic No. 2 of the Administrative Directorate of the President of the Russian Federation, Moscow

⁴Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

The actual frequency of paraurethral cysts has not been established yet due to a lack of specific symptoms of this disease. The severity of symptoms in paraurethral cysts does not always correlate with the size of the cystic formation. The article presents a case of clinical observation of surgical treatment of a paraurethral cyst in a woman of reproductive age. This observation demonstrates that surgical methods are still prioritized in the treatment of this condition. Diagnosis and treatment of paraurethral cysts require the attention of various specialists: general practitioners, gynecologists, urologists, and surgeons. To date, passive treatment tactics such as patient monitoring are not recommended for asymptomatic paraurethral cysts. Expectant management of this disease leads to serious complications, such as infection of the cyst, paraurethral abscess formation, etc.

Keywords: paraurethral cyst, diagnosis, surgical treatment, clinical observation.

Введение

Парауретральные кисты – это доброкачественные образования, которые образуются в парауретральных железах [1]. Как правило, парауретральные кисты располагаются ближе к дистальному отделу уретры [2, 3].

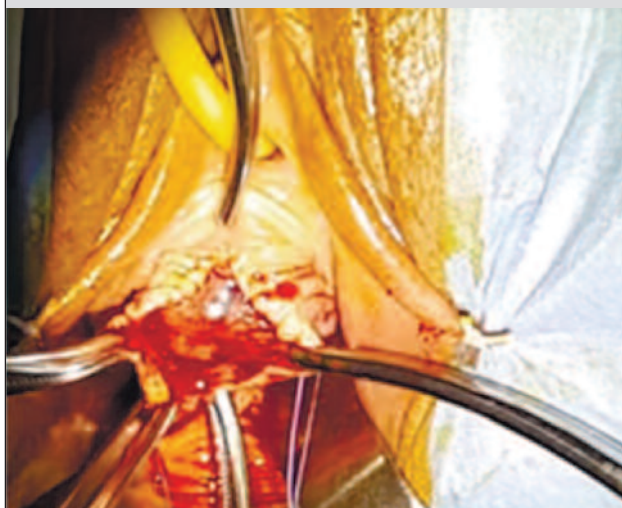
Парауретральные кисты чаще встречаются у женщин с частотой 1–6% [3]. Однако истинная частота этого заболевания до сих пор не известна, так как парауретральные кисты редко визуализируются. Клиницисты часто выявляют парауретральную кисту либо как случайную находку при гинекологическом осмотре, либо при тщательном осмотре пациентки, с симптомами рецидивирующей инфекции нижних мочевыводящих путей, со стрессовым недержанием мочи или болезненным мочеиспусканием и т.д. [4]. Было установлено, что медиана времени от появления симптомов до постановки диагноза составляет примерно 6,5 лет [5].

Клиническая картина парауретральных кист многообразна. Тяжесть симптомов нижних мочевыводящих путей не всегда коррелирует с размерами парауретральной кисты. Чаще женщин беспокоит дискомфорт в области промежности, нарушение акта мочеиспускания, диспареуния и т.д.

На сегодняшний день нет четкого консенсуса относительно стандарта лечения парауретральных кист. Большинство авторов указывают, что основным лечением парауретральных кист является хирургическое лечение: марсупиализация, частичное иссечение и полное иссечение кистозного образования [4]. Если присутствуют признаки абсцедирования, то возможен старт с консервативного лечения с применением антимикробной терапии [6, 7]. В случае рецидива или длительно персистирующей инфекции мочевыводящих путей необходим подбор антибиотиков с учетом индивидуальной чувствительности [8–10].

В этой работе мы приводим пример клинического наблюдения (диагностика и хирургическое лечение) парауретральной кисты у женщины репродуктивного возраста.

Рис. 1. Этап операции – экстирпация парауретральной кисты (разрез слизистой передней стенки влагалища непосредственно над кистой)



Клинический случай

Пациентка В., 26 лет., обратилась с жалобами на учащенное мочеиспускание, периодически с затруднениями, наличие дискомфорта в промежности, диспареунию. При осмотре наружных половых органов между передней стенкой влагалища и задней стенкой уретры было выявлено округлое образование, диаметром 2,5 см, мягко-эластической консистенции, безболезненное при пальпации. Визуального смещения уретры нет. Слизистая преддверия влагалища без признаков гиперемии, подвижная в области стенки кистозного образования. Общий и биохимический анализы крови у пациентки В. были без изменений. В общем анализе мочи лейкоцитурии и гематурии не было. Бактериологический анализ мочи выявил *Escherichia coli* – 10⁴ КОЕ. По данным урофлоуметрии, изменений скорости потока мочи, ее количества зафиксировано не было.

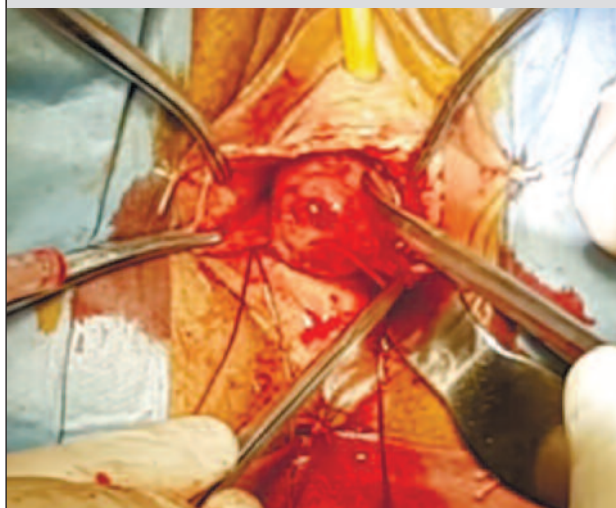
Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Logiq 5 GE с помощью трансвагинального датчика, частотой 7 МГц, с применением В-режима и цветового доплеровского картирования. При трансвагинальном УЗИ между передней стенкой влагалища и уретрой было обнаружено округлое тонкостенное образование, размером 2,3×2,5 см, с четкими ровным контуром, с однородным анэхогенным содержанием.

С целью дифференциальной диагностики кистозного образования с дивертикулом уретры проводилась уретроскопия. По данным уретроскопии, соустья кистозного образования с мочеиспускательным каналом обнаружено не было, слизистая оболочка уретры в области объемного образования умеренно гиперемирована.

Таким образом, на основании жалоб, результатов лабораторно-инструментального исследования пациентке В. был установлен клинический диагноз: парауретральная киста. Учитывая возраст женщины, данные анамнеза и характер жалоб было решено выполнить хирургическое лечение в объеме – экстирпация кисты.

Перед началом операции пациентке был установлен в уретру катетер Фолея ch14. Операция выполнялась под внутривенным наркозом. Сначала был произведен вертикальный разрез слизистой передней стенки влагалища длиной 4 см над кистой (рис. 1). С помощью гидравлической препаровки тупым и острым путем произведено выделение парауретральной кисты из окружающих мягких тканей (рис. 2). Далее

Рис. 2. Этап операции – экстирпация парауретральной кисты (выделение парауретральной кисты из окружающих мягких тканей)



были наложены отдельные швы на ложе удаленного образования. Мы следили за тщательным гемостазом на протяжении всей операции. Операция была завершена ушиванием передней стенки влагалища.

Удаленная парауретральная киста была направлена на гистологическое исследование. Результаты гистологического исследования подтвердили, что стенка кисты имела уротелиальную выстилку, без признаков малигнизации.

Послеоперационный период протекал гладко. С целью профилактики катетр-ассоциированной инфекции мочевыводящих путей проводилась антибактериальная терапия нитрофурантоином. Уретральный катетер был удален на 7 сут. После удаления катетера Фолея признаков задержки мочеиспускания не было. Через 10 дней пациентка была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение

Учитывая отсутствие специфических клинических симптомов, характерных для парауретральной кисты, дифференциальный диагноз должен включать в себя достаточно широкий круг заболеваний: дивертикулы уретры, киста мюллерова протока, эктопическое уретероцеле, пролапс тазовых органов, лейомиому, злокачественные опухоли [11]. В дифференциальной диагностике ключевую роль играет осмотр области промежности и УЗИ [3]. Немаловажное значение в этой ситуации имеет индивидуальный опыт врача [12, 13]. Сонография широко используется для сканирования объемных образований области промежности уже более 20 лет [14]. Современные трехмерные методы визуализации структур тазового дна значительно повысили точность диагностики аномалий области малого таза [13].

Наблюдения ведущих специалистов указывают на высокую эффективность хирургических методов лечения парауретральных кист. По данным J.Foster и соавт. [15] после иссечения кист парауретральной области не было рецидивов при среднем сроке наблюдения 46 мес. Аналогичные результаты были получены O.Köse и соавт. [1]. Авторы также не зафиксировали ни одного случая рецидива после хирургического лечения парауретральных кист в течение 8 мес. наблюдения [1].

Таким образом, предпочтительно соблюдать преемственность между специалистами терапевтического и хирургического профиля [16]. На сегодняшний день не приветствуется пассивная тактика в виде на-

блюдения пациенток с бессимптомным течением парауретральных кист. В результате выжидательного ведения пациенток могут развиваться такие серьезные осложнения, как инфицирование содержимого кисты, образование парауретрального абсцесса и т.д.

Заключение

Анатомическое местонахождение парауретральных кист определяет междисциплинарный характер проблемы. Диагностика и лечение этого заболевания требуют внимания специалистов разного профиля: врача общей практики, гинеколога, уролога, хирурга. При этом, приоритет остается за хирургическим методом лечения парауретральной кисты.

Конфликт интересов. Авторы сообщают об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Köse O., Aydemir H., Metin O., Budak S., Sonbahar A., Adsan Experiences with the management of paraurethral cysts in adult women. *Cent Eur J Urol.* 2013; 66 (4): 477–80.
2. Lucioni A., Rapp D.E., Gong E.M., Fedunok P., Bales G.T. Diagnosis and management of periurethral cysts. *Urol Int.* 2007; 78 (2): 121–5.
3. Костин А.А., Шаплыгин Л.В., Кульченко Н.Г., Мансур А., Шульпина И.С. Парауретральные кисты у женщин. Особенности диагностики. Исследования и практика в медицине. – 2020. – Т. 7. – № 1. – С. 48–54. / Kostin A.A., Shaplygin L.V., Kulchenko N.G., Mansur A., Shulpina I.S. Paraurethral cysts in women. Features of diagnostics. *Research and Practical Medicine Journal (Issled. Prakt. Med.).* 2020; 7 (1): 48–54. [in Russian] <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2019-7-1-5>
4. Sagar R., Shah M.D., Victor W., Nitti M. Benign vaginal wall masses and paraurethral lesions. *Vaginal surgery for the urologist.* 1st ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012; 127–35.
5. Chang Y.L., Lin A.T., Chen K.K. Presentation of female urethral diverticulum is usually not typical. *Urol Int.* 2008; 80 (1) :41–45.
6. Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В., Смирнова Е.В. Требования международных стандартов качества к безопасности лекарственной терапии. Менеджмент качества в медицине. – 2018. – № 2. – С. 75–79. / Roitberg G.E., Kondratova N.V., Smirnova E.V. International standards requirements to medication safety. *Menedzhment Kachestva v Medicине.* 2018; 2: 75–79. [in Russian]
7. Kostin A.A., Kulchenko N.G., E.V. Yatsenko E.V. Antimicrobial therapy of acute uncomplicated cystitis with nifuratel. *Archiv Euromedica.* 2019; 9 (3): 71–73. <https://doi.org/10.35630/2199-885X/2019/9/3.22>
8. Кульченко Н.Г., Векильян М.А. Анализ антибактериальной чувствительности *E. coli* у пациентов с хроническим калькулезным пиелонефритом. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2016. – № 3. – С. 125–131. / Kulchenko N.G., Vekilyan M.A. Analysis of antibiotic sensitivity of *E. coli* in patients with chronic calculous pyelonephritis. *RUDN Journal of Medicine.* 2016; 3: 125–131. [in Russian]
9. Сергеева В.И., Коровякова Э.А., Стречук А.Г., Пашина Н.Р. Лечение хронического цистита у женщин. Вестник Биомедицина и социология. – 2019. – Т. 4. – № 2. – С. 29–32. / Sergeeva V.I., Korovyakova E.A., Strachuk A.G., Pashina N.R. Treatment of chronic cystitis in women. *Vestnik Biomedicina i Sociologiya.* 2019; 4 (2): 29–32. [in Russian]
10. Кульченко Н.Г., Векильян М.А. Данные об изменениях антибактериальной чувствительности микрофлоры к антибиотикам у пациентов с хроническим калькулезным пиелонефритом на фоне сахарного диабета 2 типа. Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. – 2016. – Т. 23. – № 3. – С. 85–90. / Kulchenko N.G., Vekilyan M.A. Data of change of microflora antibacterial sensitivity to antibiotics in patients with chronic calculous pyelonephritis and diabetes mellitus of type 2. *Vestnik Medicinskogo Instituta «REAVIZ»: Reabilitacija, Vrach i Zdorove.* 2016; 23 (3): 85–90. [in Russian]
11. Eilber K.S., Raz S. Benign cystic lesions of the vagina: a literature review. *J Urol.* 2003; 170: 717–723.
12. Ройтберг Г.Е., Василенко М.Г. Основные подходы к организации эффективной деятельности многопрофильной частной клиники при оказании медицинской помощи пациентам с хроническим болевым синдромом. Российский журнал боли. – 2018. – № 3 (57). – С. 71–77. / Roitberg G.E., Vasilenko M.G. Indicators of efficient commercial activities of a multidisciplinary clinic providing medical care to patients with chronic pain syndrome. *Russian Journal of Pain.* 2018; 3 (57): 71–77. [in Russian]
13. Battaglia C., Venturoli S. 3-D Ultrasonographic Appearance of Two Intermittent Paraurethral Cysts: A Case Report. *Journal of Sexual Medicine.* 2010; 7 (8): 2903–2906. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01602.x
14. Громов А.И., Буйлов В.М. Лучевая диагностика и терапия в урологии: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с. / Gromov AI, Builov VM. *Luchevaya diagnostika i terapiya v urologii [Radiation diagnostics and therapy in urology].* Moscow: "GEOTAR-Media" Publ., 2011; 544. [in Russian]
15. Foster J, Lemack G, Zimmern P. Skene's gland cyst excision. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2016; 27 (5): 817–20.
16. Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В. Роль врача общей практики в обеспечении преемственности между стационарным и поликлиническим звеном. Справочник врача общей практики. – 2018. – № 5. – С. 20–25. / Roitberg G.E., Kondratova N.V. The role of the gp in ensuring continuity between inpatient and outpatient units. *Spravochnik vracha obshchej praktiki.* 2018; 5: 20–25. [in Russian]

Сведения об авторах:

Шаплыгин Леонид Васильевич – д.м.н., заслуженный врач РФ, профессор кафедры урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии Медицинского института РУДН, Москва

Мансур Ахмад – врач уролог, ассистент кафедры урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии Медицинского института РУДН, Москва

Пашина Наталия Рудольфовна – к.б.н., доцент кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Москва

Поспелова Ольга Михайловна – врач терапевт, клинический фармаколог ФГБУ «Поликлиника №2» Управления делами Президента РФ, Москва

Выхристюк Юлия Владимировна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского национального исследовательского Медицинского Университета имени Н.И.Пирогова, Москва