

ЛЕЧЕНИЕ СИРИНГОЦЕЛЕ КУПЕРОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Лебедев Дмитрий Анатольевич, Узинцева Анастасия Алексеевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: uzintseva@gmail.com

Ключевые слова: синингоцеле; куперовы железы; уретра; дети; подростки; лечение.

Введение. Синингоцеле куперовой железы (СКЖ) — это кистозное расширение выводных протоков бульбоуретральных желез [1,2]. Заболевание имеет код N36.8 по МКБ-10. Патология встречается крайне редко, поэтому часто у врачей нет достаточного представления о данном заболевании [3]. За последние 3 года в отечественной литературе опубликовано 2 оригинальных работы, посвященных лечению СКЖ у подростка и молодого мужчины [2, 3].

Цель исследования. Изучение спектра клинических проявлений и анализ результатов малоинвазивного лечения СКЖ у детей.

Материалы и методы. В 2002–2022 гг. в 1 хирургическом отделении Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета СКЖ при обследовании выявлено у 11 пациентов в возрасте $Me = 14,21$ [5,05; 16,10] лет. По возрасту дети распределились на 4 группы: до 5 лет — 2 ребенка, 5 — 10 лет — 3 пациента, 10 — 15 лет — 2 ребенка, старше 15 лет — 4 пациента. СКЖ классифицировали по М. Maizels на 4 типа: тип А — 2 ребенка, тип В — 3, тип С — 6 детей [4]. Тип D диагностирован не был. СКЖ типа А и В расценивали, как малое и большое закрытые, СКЖ типа С — как открытое, перфоративное. Диагностика основывалась на лучевых и эндоскопических методах. При выполнении ретроградной уретрографии контрастирована парауретрально расположенная полость при перфоративном СКЖ типа С. Также, определялись расширение просвета задней уретры и заброс контраста из полости СКЖ глубоко в проток куперовой железы. Всем пациентам была выполнена диагностическая уретроскопия, при которой окончательно определен тип патологии. СКЖ типа А представляло булавовидное кистозное образование незначительных размеров с ходом расширенного протока к бульбоуретральной железе. СКЖ типа В выглядело, как внутриуретральная киста значительных размеров, стенка которой выбухала в просвет уретры, в большинстве случаев не перекрывая его полностью. СКЖ типа С представляло перфорированную кисту, образующую дополнительный патологический резервуар для мочи, куда она собиралась при мочеиспускании, определяя клиническую симптоматику в виде постмикционного капельного подтекания мочи различной продолжительности. При выполнении уретроскопии дети были распределены по типу СКЖ: тип А наблюдался у 2 детей, тип В — у 3 пациентов, тип С — у 6. При анализе симптоматики было выявлено, что при СКЖ типа А заболевание протекало бессимптомно, сочетаясь с пороками развития нижних мочевых путей и пузырно-мочеточниковым рефлюксом; типа В — в 1 случае с клиническими проявлениями в виде боли, парестезии, и в 1 — с тяжелой инфравезикальной обструкцией с поражением как нижних, так и верхних мочевых путей, в 1 — бессимптомно, сочетаясь с пузырно-мочеточниковым рефлюксом; типа С — с периодическими болями, пенальными парестезиями, уретроррагией, постмикционным дриблингом мочи во всех случаях. После выполнения уретроскопии и окончательной диагностики малоинвазивное лечение было проведено 6 пациентам: 2 детям с СКЖ тип В выполнили пункцию и аспирацию, 4 больным с типом С — широкое соединение с просветом уретры (анруфинг).

Результаты. Средний возраст при СКЖ типа А составил $Me = 8,18$ [0,27; 16,10] лет, типа В: $Me = 6,14$ [5,05; 15,95] лет, типа С — $Me = 14,34$ [9,20; 16,72] лет. СКЖ типа А протекало бессимптомно. Симптоматика при СКЖ типа В встречалась только у тех детей, у которых сформировалась обструкция. После хирургического лечения СКЖ типа В во всех случаях наблюдались рецидив и сохранение имеющейся обструкции. При СКЖ типа С во всех случаях имела клиническая симптоматика. Продолжительность клинических симптомов до госпитализации составила $Me = 27$ [4,0; 30,0] месяцев. Длительность вмешательств при типе В составила $Me = 30,0$ [20,0; 35,0] минут, при типе С — $Me = 45,0$ [10,0; 85,0] минут. В послеоперационном

периоде 5 пациентам был установлен катетер Фолея на $Me=10,0$ [7,0; 11,0] суток. Выписку осуществляли через $Me=10,5$ [9,0; 12,0] суток после малоинвазивного лечения. Контрольное обследование проведено 5 пациентам после вмешательства. У 3 детей из них диагностировано выздоровление, у 1 ребёнка — рецидив (при СКЖ типа В). Обструкция сохранилась у 1 пациента (тип В).

Выводы. Патология недостаточно освещена в отечественной литературе. Нередко встречается необоснованно длительное наблюдение пациентов [5]. СКЖ типа А выявляется случайно, протекает бессимптомно. СКЖ типа В составляет наиболее младшую возрастную группу, может протекать бессимптомно, а также с наличием обструкции, склонно к рецидивированию, что определяет отсутствие эффективности от аспирации. СКЖ типа С встречается в старшей возрастной группе, при нем отмечается специфическая клиническая симптоматика. Уретрорагия, парестезия, постмикционное подтекание мочи, боль являются важными критериями постановки диагноза. Наиболее достоверным методом диагностики СКЖ является уретроскопия.

Литература:

1. Cowper W. An Account of Two Glands and Their Excretory Ducts Lately Discover'd in Human Bodies. By William Cowper. F.R.S. Phil. Trans. 1699;21:364–9.
2. Протошак В.В., Сиваков А.А., Гозалишвили С.М., Карандашов В.К., Горбунов А.Е. СКЖ Купера (бульбоуретральная киста) // Урологические ведомости. 2021;11(2):175–82. DOI: <https://doi.org/10.17816/uroved65153>
3. Лебедев Д.А., Осипов И.Б. Эндоскопическое лечение СКЖ у подростка 14 лет. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2018;97(5):205–9.
4. Maizels M, Stephens FD, King LR, Firlit CF. Cowper's syringocele: a classification of dilatations of Cowper's gland duct based upon clinical characteristics of 8 boys. J. Urol. 1983;129(1):111–4.
5. Осипов И.Б., Лебедев Д.А., Сафрошина Е.В. Эндоскопические операции при комбинированной патологии мочевых путей у детей. Педиатр. 2016;7(2):215.