

ДИВЕРТИКУЛ DUCTUS EJACULATORIS – НЕСТАНДАРТНАЯ ПРИЧИНА ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

[Н.Д. Темников¹, А.А. Еркович², И.Н. Печурина¹, М.А. Юров³](#)

¹ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства России» (г. Новосибирск)

²ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»
(г. Новосибирск)

³МУЗ «Городская клиническая больница № 25»
(г. Новосибирск)

Дивертикул ductus ejaculatoris – редкое и малоизученное состояние. В нашем случае она имитировала кисту простаты, а после – кисту семенного пузырька. Причины их развития точно не известны. В большинстве случаев их лечение консервативное (многократные пункции) и не всегда эффективное. Хирургические методы достаточно не изучены.

Ключевые слова: дивертикул ductus ejaculatoris

Темников Николай Дмитриевич – врач-уролог ФГУ «СОМЦ ФМБА России», заочный аспирант кафедры урологии ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», e-mail: doctormitrich@yandex.ru

Еркович Андрей Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии, ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», заведующий отделением урологии ФГУ «СОМЦ ФМБА России»; рабочий телефон: (383) 338-89-77

Печурина Ирина Николаевна – врач-уролог, врач высшей категории ФГУ «СОМЦ ФМБА России», рабочий телефон: (383) 338-89-77

Юров Михаил Александрович – врач-уролог МУЗ «Городская клиническая больница № 25», контактный телефон: (383) 271-24-35

Дивертикул ductus ejaculatoris – редкое и малоизученное состояние. В нашем случае она имитировала кисту простаты, а после – кисту семенного пузырька. Причины их развития точно не известны. В большинстве случаев их лечение консервативное

(многократные пункции) и не всегда эффективное. Хирургические методы достаточно не изучены.

Краткий обзор. Пациент К., 49 лет, поступил в отделение урологии 26 июня 2006 года с жалобами на боли в левой поясничной области в момент мочеиспускания, а также на боли в промежности, особенно после семяизвержения, кровь в моче.

На момент поступления – стент в единственной левой почке, установленный 1 месяц назад по поводу почечной колики слева, гидронефроз – I, олигоанурии.

Anamnesis morbid. 23 сентября 2003 года нефрэктомия справа по поводу опухоли верхнего сегмента правой почки Tumor ren sinister T2 N0 M0. Гистологически – гипернефроидный рак.

18 мая 2005 года пациент вновь поступил в отделение урологии стационара – почечная колика слева, гидронефроз – I слева. МКБ камень нижней 1/3 левого мочеточника. Киста левой доли предстательной железы. Назначена литоизгоняющая терапия, и 2 июня 2005 года была проведена трансперинеальная пункция кисты простаты под ТРУЗИ-контролем. В пунктате гемолизат и сперматозоиды. После пункции кисты камень отошёл с током мочи (оксалат). Колика ликвидирована. Редукция ЧЛС слева. Выписан с выздоровлением.

11 июля 2005 года пациент вновь обратился в отделение урологии. Диагноз: МКБ, чашечковый камень вентильного типа единственной левой почки, гидронефроз слева – I, хронический пиелонефрит, ХПН – II. 12 июля 2005 года почечная колика слева. Экстренно 12 июля 2005 года уретероскопия слева до лоханки: конкрементов нет, девиация нижней 1/3 левого мочеточника. Лечение. Перед выпиской 25 июля 2005 года почечная колика слева. По УЗИ гидронефроз слева – I. Экстренно установлен стент в левый мочеточник № 6 Ch. Обструкция ликвидирована. Выписан со стентом.

Пациент поступил через 1 месяц. При обследовании камень нижней группы чашечек (4 мм) динамика положительная, 19 сентября 2005 года удален стент.

26 декабря 2005 года пациент вновь поступает в отделение урологии, установлен диагноз: хронический пиелонефрит единственной левой почки, МКБ, чашечковый камень левой почки. Лечение. Выписан с положительной динамикой.

17 февраля 2006 года пациент поступает в отделение урологии, установлен диагноз: хронический простатит, обострение. Лечение. Выписан с положительной динамикой.

10 апреля 2006 года поступает в отделение урологии, установлен диагноз: киста левой доли предстательной железы. 11 апреля 2006 года трансперинеальная пункция кисты простаты под ТРУЗИ-контролем. 17 апреля 2006 года проведена повторная пункция кисты под ТРУЗИ. В пунктате: гемолизат и сперматозоиды. Лечение. Диагноз при выписке: киста семенного пузырька. Выписан с положительной динамикой.

6 мая 2006 года поступил в отделение урологии, установлен диагноз: почечная колика слева. Гидронефроз слева – I. Олигоанурия. Обструктивный левосторонний везикулит. Киста семенного пузырька. Экстренно установлен мочеточниковый стент. Лечение. Выписан с положительной динамикой.

Status preasens. При поступлении 26 июня 2006 года по УЗИ левой почки: полная редукция гидронефроза, конкремент нижней группы чашечек (8,6 мм) единственной левой почки. На обзорной урограмме конкремент в проекции нижней группе чашечек, стент левой почки и мочеточника. По общим клиническим анализам: макрогематурия. 27 июня 2006 года удаление стента из левой почки и мочеточника. 28 июня 2006 года в 12.00 появилась тупая интенсивная боль в левой поясничной области с иррадиацией в левый пах. Гидронефроз слева – II. Олигоанурия. Экстренно установлен стент в левый мочеточник и почку. Обструкция ликвидирована.

В течение трех дней проведено:

1. УЗИ и ТРУЗИ (рис. 1а, б) мочевого пузыря и предстательной железы.
2. МРТ забрюшинного пространства и малого таза на стенте (рис. 2).
3. МРТ верхних и нижних мочевых путей после удаления стента (рис. 3).
4. После установления стента проведение 2-сторонней вазостомии с вазографией (рис. 4).



Рис. 1. ТРУЗИ простаты:

а) на фронтальном скане: визуализируется жидкостное образование с расширенным левым семенным пузырьком;

б) на сагитальном скане: жидкостное образование объемом до 20 см³, выходит за пределы простаты, у её основания

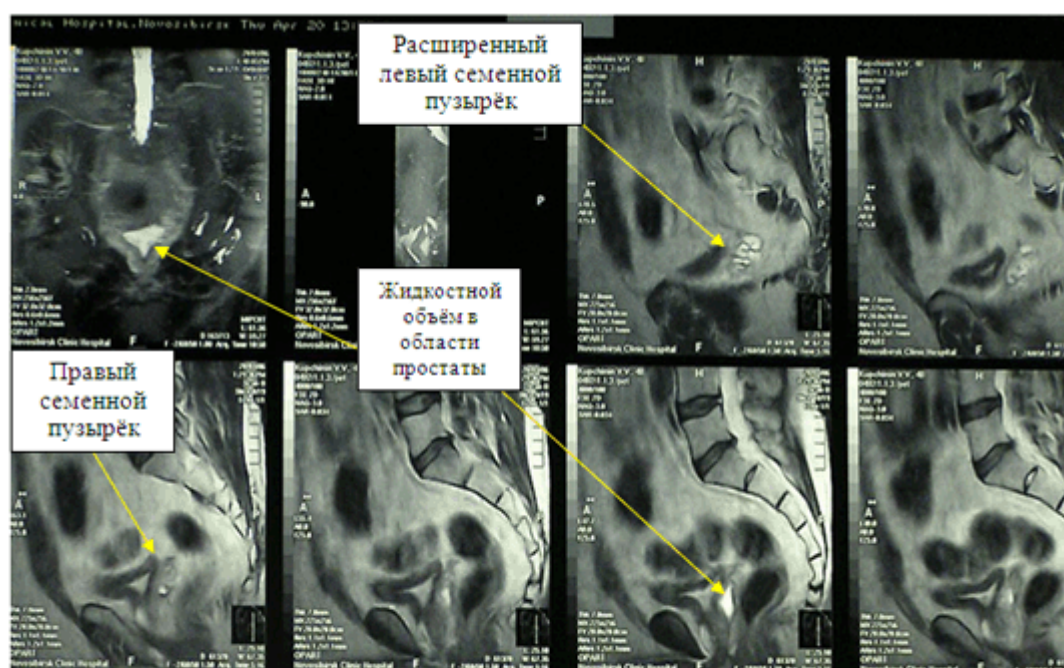


Рис. 2. МРТ забрюшинного пространства и малого таза со стентом



Рис. 3. МРТ верхних и нижних мочевых путей без стента.

Супрастенотическое расширение левого мочеточника с симптомами стенозирования на уровне левого семенного пузырька

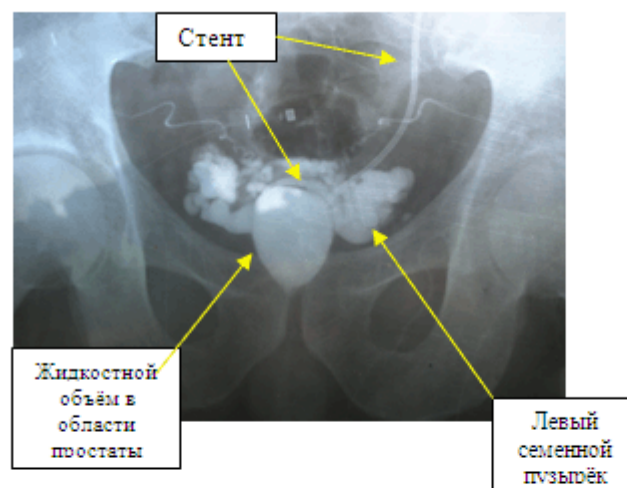


Рис. 4. Двусторонняя вазография. Большое полостное, округлое образование 5 × 6 см по центру. Основание её ниже ампул семенных пузырьков. Левый семенной пузырёк расширен значительно, правый умеренно

Если киста – то это замкнутое пространство, и оно не будет сообщаться с семенными путями. Но так как основание её ниже ампул семенных пузырьков, и в неё заполняется контраст, то это дивертикул ductus ejaculatoris sinister.

Заключение:

- образовавшийся дивертикул ductus ejaculatoris sinister, увеличивающийся после каждого семяизвержения, привёл к обструкции левого семенного пузырька, который приводил к нетипичной девиации нижней 1/3 левого мочеточника и полной его обструкции;
- 3 пункции кисты простаты в анамнезе не приводили к стойкому результату;
- принято решение – проведение ТУРП под контролем ТРУЗИ.

11 июля 2006 года под контролем ТРУЗИ проведены срезы по центральной и боковым долям простаты. Ближе к семенному холмику (отступя на 1 см выше его) вскрылась полость дивертикула, заполненная гемолизированной кровью. Отмыта. Объем соответствует исследованию. Стенка дивертикула иссечена частично ТУР. Ревизия полости. Полость без образований. Поверхность гладкая. Проведена вапоризация стенки дивертикула и зон резекции ДГПЖ. Гемостаз достигнут. Шейка хорошо сокращается. Контрольное ТРУЗИ простаты: жидкостное образование не определяется.

Послеоперационный диагноз: гигантский дивертикул ductus ejaculatoris sinister. Стеноз (сдавление) н/3 левого мочеточника единственной левой почки. Олигоанурия. ДГПЖ – I.

Послеоперационный период не осложнен. Уретральный катетер удален на 6-е сутки (17.07.06). 28 июля 2006 года фиброуретроцистоскопия (17-е сутки п/о). Признаки активной репарации в простатическом отделе уретры, характерная картина после ТУРП. Полости нет. Мочевой пузырь без патологии, виден дистальный отдел стента из устья левого мочеточника. Стент удален.

Поздний послеоперационный период. Контрольное ТРУЗИ простаты 01 августа 2006 года (21-е сутки п/о): зияние шейки мочевого пузыря и проксимальной

простатической уретры. Редукция семенных пузырьков. Пациент наблюдался в течение восьми дней после удаления стента. Почечной колики не было. Динамика положительная. Выписан с выздоровлением. Контрольный осмотр через 1 месяц. Рекомендована литолитическая терапия.

Отдалённый результат. Повторный осмотр через 1 год. При обследовании МКБ чашечковый камень (0,4 см) единственной левой почки. Гидронефроза нет. За этот период почечной колики не было. УЗИ простаты: объём 22 см³, состояние после ТУРП. Дивертикула и обструктивного везикулита нет.

Выводы:

1. Дивертикул ductus ejaculatoris sinister был самой первой причиной развития почечной колики и приводил к олигоанурии.
2. Описаны единичные случаи выявления кист простаты и семенных пузырьков, но они не приводили к обструкции верхних мочевых путей.
3. Считаем, что одним из радикальных методов лечения дивертикула ductus ejaculatoris является проведение ТУРП – марсупиализация.

Список литературы

1. Behre H. M. Male health and Disfunction / H. M. Behre [et al.] // Andrology. – 2001. – Vol. 6. – P. 115–116.
2. Behre H. M. Male health and Disfunction Andrology. – 2001. – Vol. 9. – P. 214–215, 220.
3. H. van Ahlen Male health and Disfunction / H. van Ahlen, L. Hertle // Andrology. – 2001. – Vol. 10. – P. 263–264.
4. Люлько А. В. Трансуретральная резекция ductus ejaculatorius / А. В. Люлько // Хирургическая андрология, 2005. – С. 402–403.
5. Хинман Ф. Оперативная урология. Атлас. Иссечение кисты предстательной маточки / Ф. Хинман ; комментарии Дж. Элдера. – 2001. – Т. 8. – 242 с.

DIVERTICUL DUCTUS EJACULATORIS – NON-STANDARD CAUSE OF UPPER URINARY TRACT OBSTRUCTION

N.D. Temnikov¹, A.A. Erkovich², I.N. Pechurina¹, M.A.Jurov³

¹*FSG «Siberian district medical centre of Federal medico-biological Russia agency»
(c. Novosibirsk)*

²*SEE HPE «Novosibirsk State Medical University Rushealth» (c. Novosibirsk)*

³*HGM «City clinical hospital №25» (c. Novosibirsk)*

Diverticulitis ductus ejaculatoris – rare and little studied phenomenon. In our case, it imitated prostate cyst, and later – the cyst of seed bibble. The causes of their development are not exactly

known. Treatment is mostly conservative (multiplex punctions) and not always effective. Surgery methods are not quite studied.

Keywords: diverticulitis ductus ejaculatoris

About authors:

Temnikov Nikolai Dmitrievich – doctor-urolgist FSG «Siberian district medical centre of Federal medico-biological Russia agency», post-graduate by correspondence at urology chair SEE HPE «Novosibirsk State Medical University Rushealth», e-mail: doctormitrich@yandex.ru

Erkovich Andrei Anatoljevich – doctor of medical sciences, professor, head of urology chair, SEE HPE «Novosibirsk State Medical University Rushealth», head of urology department FSG «Siberian district medical centre of Federal medico-biological Russia agency», e-mail: erkovich@mail.ru

Pechurina Irina Nikolaevna – doctor-urolgist, doctor of high category FSG «Siberian district medical centre of Federal medico-biological Russia agency», office telephone: (383) 338-89-77

Jurov Mikhail Alexandrovich – doctor-urolgist HGM «City clinical hospital №25», contact telephone: (383) 271-24-35

List of the Literature:

1. Behre H. M. Male health and Dysfunction / H. M. Behre [et al.] // Andrology. – 2001. – Vol. 6. – P. 115–116.
2. Behre H. M. Male health and Dysfunction Andrology. – 2001. – Vol. 9. – P. 214–215, 220.
3. H. van Ahlen Male health and Dysfunction / H. van Ahlen, L. Hertle // Andrology. – 2001. – Vol. 10. – P. 263–264.
4. Lulko A.V. Transurinary resection ductus ejaculatorius / A.V. Lulko // Surgical andrology, 2005. – P. 402-403.
5. Khinman F. Operative urology. Atlas. Uterus cyst resection / F. Khinman; comments of G. Elder. – 2001. – V. 8. – 242 p.