

# РЕКУРРЕНТНАЯ СЕКС-ИНДУЦИРОВАННАЯ ДИЗУРИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН – ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДИЛЕММА

С.В. Андреев

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

**Введение.** Урогинекологическая практика изобилует пациентками репродуктивного возраста, перманентно предъявляющими жалобы ирритативного характера, обычно интерпретируемые как банальный цистит/уретрит с соответствующим антибактериальным лечением. Первый парадокс заключается в том, что стандартная терапия обычно оказывает позитивный, но, как правило, временный эффект. Второй состоит в том, что у внушительной когорты пациенток, клинико-микробиологическое обследование не обнаруживает значимых патологических отклонений.

К настоящему времени существует несколько десятков терминологических понятий, в той или иной степени интерпретирующих рекуррентную дизурию (РД) у женщин: женский уретральный синдром, цисталгия, цистопатия, асептический уретрит/цистит, невралгия мочевого пузыря, генитально-пузырная дисфункция и др. [3, 5].

В последние годы наиболее употребим термин рецидивирующие (рекуррентные) неосложненные инфекции нижних мочевых путей (РИНМП), как собирательное понятие, объединяющее воспалительные заболевания уретры и мочевого пузыря у небеременных пациенток, сопровождаемые сходными клиническими проявлениями без лихорадки. [9]. При этом доминирующей причиной реинфицирования мочевого тракта являются половые контакты [10].

Реинфицированию прежде всего способствуют анатомо-физиологические особенности женского организма (короткая и широкая уретра, ее близость к естественным микробным резервуарам), а также вариации топологии наружного отверстия мочеиспускательного канала: вагинальная эктопия и/или гипермобильность уретры, которая тесно связана с присутствием уретро-гименальных спаек (УГС) [1, 3].

Лечение женщин, страдающих РД, представляет собой нетривиальную задачу. Наиболее широкое распространение снискали различные схемы профилактического посткоитального назначения антибактериальных препаратов. Тем не

менее, даже с учетом чувствительности микроорганизмов, в 34% случаев превентивная терапия не дает ожидаемого эффекта, но способствует селекции резистентных штаммов возбудителей и побочным эффектам [9]. Кроме того, такие режимы, как правило, негативно воспринимаются пациентками, экономически маловыгодны.

В последние годы получили развитие методики хирургического лечения, отражающие различные взгляды исследователей на этиопатогенез РД. Имеется сообщение о применении меатоскенэктомии (придается значение депонированию возбудителей в парауретральных добавочных образованиях) [8]. Более широкую распространенность обрели методики оперативной коррекции, общими чертами которых является резекция УГС, циркулярная мобилизация дистального отдела уретры и транспозиция его ближе к клитору [1, 2, 4, 6]. К недостаткам следует отнести циркулярную мобилизацию дистального отдела уретры и натяжение ее при фиксации, что создает условия для нарушения кровоснабжения, несостоятельности швов, развития стриктур или рецидива заболевания (18,5–36,3%) [2, 6]. Кроме того, до настоящего времени не определены показания к хирургическому лечению и его место в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий.

**Материал и методы исследования.** С 2009 года под наблюдение взяты 175 пациенток, страдающих рекуррентной дизурией (РД), из них – 47 рожавших (возраст –  $24,9 \pm 4,1$  лет и  $35,8 \pm 5,8$  лет соответственно). Дополнительно выполнено сравнительное морфометрическое обследование 512 относительно здоровых женщин (195 рожавших) для уточнения топографо-анатомических отличий наружных гениталий, как потенциальных диагностических критериев (возраст –  $24,7 \pm 3,5$  лет и  $33,1 \pm 5,3$  лет соответственно).

Совпадение времени возникновения заболевания с началом регулярной половой жизни имело место в 75%, в остальных случаях – спустя 1–3 года сексуальной активности. Давность страдания составила от 1,5 до 15 лет, частота ре-

цидивов – от 3–4 в год (60%) до ежемесячных и еженедельных эпизодов (40%). Абсолютно все пациентки с РД ранее неоднократно обследовались и лечились и к моменту включения в настоящий исследовательский протокол не имели специфических урогенитальных инфекций.

**Результаты и их обсуждение.** Традиционное микробиологическое обследование оказалось малоспецифичным. Лишь в трети наблюдений присутствовала бактериурия в количествах менее  $10^4$  КОЕ/мл. Идентифицированы в порядке убывания частоты: *Staph.epidermidis*, *Str. Fecalis*, *E.coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Gardnerella* *vag.* в ассоциациях с *Candida albicans* и анаэробными бактериями. В 72,8% идентичные микроорганизмы присутствовали и во влагалищном содержимом. Информативность микробиологического исследования значительно повышалась при изучении мочи, набранной пациенткой в стерильный контейнер непосредственно после коитуса. При этом условия транзиторная лейкоцитурия и бактериурия обнаруживались в 71,7%, причем, превалировали полимикробные вариации, нередко в количествах, превосходящих предельно допустимый уровень микробной обсемененности мочи, что объективизирует факт посткоитальной контаминации уретры.

Результаты рентгенологического, ультразвукового, эндоскопического и урофлуометрического обследования у всех больных не выявили значимых патологических отклонений.

Признаки «классической» вагинальной эктопии наружного отверстия уретры (т.е. расположение его проксимально от плоскости входа во влагалище) имели место менее чем у половины больных – 68 (38,8%). Вместе с тем, результаты морфометрии, а именно замер величины уретро-клиторального промежутка (УКП) установил достоверное увеличение показателя у женщин с РД в сравнении со здоровыми особами –  $3,65 \pm 0,38$  (Me – 3,5) против  $2,63 \pm 0,41$  см (Me – 2,5;  $p < 0,01$ ) соответственно. Причем этот признак оказался постоянным в преобладающем числе наблюдений пациенток с РД – 91% ( $\chi^2 = 12,71$ ;  $p < 0,001$ ), что говорит о наличии у них тенденции к вестибулярной топографической локализации наружного отверстия уретры. Присутствие УГС той или иной степени выраженности выявлено в 57,1% случаев.

Параметры «мужского достоинства» партнера (по результатам ориентировочной оценки половыми партнершами) оказались сопоставимыми –  $15,3 \pm 1,8$  против  $14,7 \pm 1,7$  см ( $p > 0,05$ ), что исключает избыточную значимость этого фактора. Тем не менее, отмечено, что при длине

полового члена более 18 см (встречаемость порядка 5–8%), чаще возникают явления спорадической дизурии у женщины.

За период проведения исследования часть женщин с РД – 54 (30,8%), – выбыла из него по независящим от нас причинам (проведено лишь первичное обследование и консультации). Лечебная тактика в отношении остальных пациенток (121) предполагала на первоначальном этапе применение поведенческой терапии. В ее основу легли поведенческие профилактические рекомендации: информированность пациентки о наличии предрасположенности к РД; коррекция сексуальных паттернов и гигиены; использование инертных смазок; опорожнение мочевого пузыря после соития; местное посткоитальное применение антибактериальных кремов; восстановление естественного микробиоценоза влагалища.

Эффективность такого рода мероприятий (при условии их скрупулезного соблюдения женщиной) оказалась достаточно высока (до 70%), позволив практически избавиться от страдания у 32,4% или снизить частоту рецидивов до относительно приемлемого уровня (1–2 в год) – у 37,6% пациенток. В остальных случаях (30%) особого успеха достигнуто не было, что явилось мотивацией к хирургическому лечению.

Оперативному лечению подверглась 21 (17,3%) пациентка с РД. Применена оригинальная методика [7], включающая транспозицию наружного отверстия уретры преимущественно за счет конформации окружающих ее тканей (без циркулярной мобилизации), иссечение УГС и прилежащего к дистальной уретре лоскута стенки влагалища (область так называемого «уретрального кия») вместе с основной массой добавочных парауретральных образований (складок, желез, протоков Скене).

Необходимость последнего этапа подтверждена результатами гистологического исследования установившего, что в 10 из 14 наблюдений (при длительности заболевания до 5 лет) имеются признаки персистенции воспалительной реакции в периуретральных тканях (отек, полнокровие сосудов, лейкоцитарные инфильтраты, утолщение подслизистой основы и др.), при сохранности морфологической архитектоники. В более поздних наблюдениях (7) уже выявляются дегенеративные изменения, соответствующие исходу хронической воспалительной реакции (диффузно-очаговая, периваскулярная лимфоплазматическая инфильтрация, нарастающий фиброз

стромы, дистрофические изменения в структуре сосудов и нервных волокон и др.). Интенсивность гистологических изменений прогрессировала по мере увеличения давности заболевания.

Послеоперационная реабилитация протекала у всех пациенток без осложнений. Конфигурация мочевых путей по данным морфометрии и контрольных ультразвуковых сканированных соответствовали параметрам нормы, УКП –  $2,3 \pm 0,3$  см,  $Q_{\max}$  более 15 мл/с.

У 18 (85,7%) из 21 оперированной больной наступило стойкое клинко-микробиологическое излечение. При этом у 4 пациенток в течение первого года имели место единичные эпизоды РД, что потребовало назначения консервативной терапии, после чего рецидивов не зафиксировано. В 3 (15,8%) случаях констатировано явное клиническое улучшение (частота рецидивов уменьшилась с 6–12 до 1–2 раз в год), что оказалось вполне приемлемым.

Качество сексуальной жизни улучшилось во всех наблюдениях. К настоящему моменту беременность наступила у 4 женщин, две пациентки родили здоровых детей естественным способом без каких-либо осложнений.

## Список литературы

1. Гвоздев М.Ю. Транспозиция дистального отдела уретры в оперативном лечении рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей у женщин / М.Ю. Гвоздев, О.Б. Лоран, Л.М. Гумин, В.В. Дьяков // Урология. – 2000. – № 3. – С. 24–27.
2. Кисамеденов Н.Г. Реконструктивная хирургия мочеиспускательного канала у женщин в лечении рецидивирующих инфекций нижних мочевыводящих путей / Н.Г. Кисамеденов // Автореф. дис канд. мед. наук. – Москва, 2009. – 25 с.
3. Лоран О.Б. Рецидивирующие инфекции мочевых путей / О.Б. Лоран // МИА, 2008. – 32 с.
4. Нестеров С.Н. Реконструктивная хирургия мочеиспускательного канала у женщин в лечении посткоитального цистита / С.Н. Нестеров, Н.Г. Кисамеденов // Вестник национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2009. – Т. 4, № 2. – С. 29–35.
5. Пушкарь Д.Ю. Некоторые аспекты патогенеза, факторы риска и пути профилактики рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей у женщин / Д.Ю. Пушкарь, А.В. Зайцев, В.В. Дьяков // Фарматека. – 2006. – № 15. – С. 17–23.
6. Родыгин Л.М. Транспозиция дистального отдела уретры при ее эктопии / Л.М. Родыгин // Вестник российской военно-медицинской академии. Приложение. Часть II. – 2009. – Т. 25, № 1. – С. 814.
7. Спосіб лікування вагінальної ектопії зовнішнього отвору сечовипускного каналу у жінок: Патент 51783 Україна МПК (2009) А61В 17/00 / Лісовий В.М., Гарагатий І.А., Тучкіна І.О., Андреев С.В., Лісова М.А., Гарагатий А.І. – Опубл. 26.07.2010. – Бюл. № 14. – 4 с.
8. Archimbaud Jean-Pierre La meatoskenectomie avec uretrostomie perineale: traitement des cystites recidivantes de la femme / Archimbaud Jean-Pierre, Gerard Thierry, Martin Xavier Jean-Baptiste // Progres en Urologie. – 2003. – N 13. – P. 445–452.
9. Recurrent Urinary Tract Infection / Annette Epp., Annick Larochelle et al. (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) // SOGC Clinical practice guideline. – 2010. – N 250. – P. 1082–1090.

**Выводы.** Поведенческая терапия является достаточно эффективным (до 70%) способом профилактики секс-индуцированной РД (при условии скрупулезного соблюдения женщиной) без необходимости в посткоитальном приеме антибиотиков.

При неэффективности поведенческих мероприятий, следующим этапом целесообразно применение хирургического лечения, реальная потребность в котором составляет около 30%. В объем операции (помимо транспозиции дистальной уретры и резекции УГС) рационально включать иссечение, как правило, патологически измененных парауретральных добавочных образований и прилежащего к дистальной уретре лоскута стенки влагалища (область так называемого «уретрального кия»). Альтернативой является посткоитальная антибиотикопрофилактика.

Измерение величины УКП – простой диагностический прием, обладает достаточной степенью информативности, может быть использован в качестве одного из критериев вагинальной эктопии уретры, особенно, в сомнительных ситуациях. Информативность клинических и микробиологических данных повышает исследование посткоитальной мочи.

10. *Stamatiou C. Sex-induced cystitis – patient burden and other epidemiological features / Stamatiou C., Bovis C., Panagopoulos P., Petrakos G., Economou A., Lycoudt A. // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. – 2005. – V. 32, N 3. – P. 180–182.*

### Реферат

#### РЕКУРЕНТНА СЕКС-ІНДУКОВАНА ДИЗУРІЯ У МОЛОДИХ ЖІНОК – ХІРУРГІЧНА ДИЛЕМА

С.В. Андреев

У роботі наведені результати обстеження та лікування 175 пацієток репродуктивного віку, які страждають рекурентною секс-індукованою дизурією. На підставі морфометричного порівняння з 512 здоровими жінками досліджені варіації топології зовнішнього отвору сечовипускального каналу. Вивчено ефективність поетапного застосування поведінкової терапії та хірургічного лікування в профілактиці рецидивів захворювання.

**Ключові слова:** рекурентний цистит, молоді жінки, профілактика, хірургічне лікування.

#### Адреса для листування

Андреев Сергей Вячеславович  
61037, г. Харьков, просп. Московский, 195  
Тел.: 057 7384900, 066 1763766  
E-mail: androp65@mail.ru

### Summary

#### RECURRENT SEX-INDUCED DYSURIA IN YOUNG WOMEN – SURGICAL DILEMMA

S.V. Andreyev

The article presents the results of examination and treatment of 175 patients of reproductive age with recurrent sex-induced dysuria. On the basis of morphometric comparison with 512 healthy women variations of the topology external opening of the urethra were studied. The efficiency of a phased application of behavioral therapy and surgical treatment in preventing recurrence of the disease has been proved.

**Keywords:** recurrent cystitis, young women, prevention, surgery.