

Сведения об авторах

Бойко Андрей Иванович – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Шмуличенко Александр Владимирович – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: shmylichenko@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Возіанов О.Ф. Урологія: підручник [для студентів вищих навчальних закладів] / О.Ф. Возіанов, О.В. Люлько. – К.: Вища шк., 1993. – 711 с.
2. Вітрук Ю.В. Оцінка ефективності оперативних методів лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози методом математичного аналізу / Ю.В. Вітрук, І.І. Бойко // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 2. – С. 49–54.
3. Вітрук Ю.В. Гістологічні зміни в стінці сечового міхура при хронічній затримці сечі, спричиненій доброякісною гіперплазією передміхурової залози / Вітрук Ю.В., Романенко А.М. // Урологія. – 2008. – № 1–4. – С. 47–52.
4. Люлько О.В. Ускладнення відкритих і трансуретральних простатектомій, їх профілактика та лікування / Люлько О.В., Люлько О.О., Забашний С.І. [та ін.] // Урологія. – 2004. – № 1. – С. 7–10.
5. Пасечніков С.П. Оцінка рівня інформованості чоловіків старших вікових груп про доброякісну гіперплазію передміхурової залози / Пасечніков С.П., Сайдакова Н.О., Гродзинський І.В. // Урологія. – 1999. – Т. 3, № 4. – С. 62–64.
6. Al-Hayek S., Thomas A., Abrams P. Natural history of detrusor contractility. Scand. J. Urol. Nephrol. 2004; suppl. 235.
7. Andersson KE, Arner A. Urinary bladder contraction and relaxation: physiology and pathophysiology. Physiol. Rev. 2004; 84.
8. Barmoshe S., Zlotta A. How do I treat and follow my TUNA patients. World J. Urol. 2006; 24.
9. Belenky A., Abarbanel Y., Cohen M., Yossepowitch O., Livne P., Bachar G. Detrusor resistive index evaluated by Doppler ultrasonography as a potential indicator of bladder outlet obstruction. Urology 2003; 64.
10. Brading A., Pessina F., Esposito L., Symes S. Effects of metabolic stress and ischaemia on the bladder, and the relationship with bladder overactivity. Scand. J. Urol. Nephrol. Suppl. 2004; 215: 84–92.

008.22-036.07-02:618.17]-085-089

Рекуррентная секс-индуцированная дизурия у молодых женщин – хирургическая дилемма

С.В. Андреев

Харьковский национальный медицинский университет

В работе приведены результаты обследования и лечения 175 пациенток репродуктивного возраста, страдающих рекуррентной секс-индуцированной дизурией. На основании морфометрического сравнения с 512 здоровыми женщинами исследованы вариации топологии наружного отверстия мочеиспускательного канала. Изучена эффективность поэтапного применения поведенческой терапии и хирургического лечения в профилактике рецидивов заболевания.

Ключевые слова: рекуррентный цистит, молодые женщины, профилактика, хирургическое лечение.

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 при клинико-микробиологическом обследовании не выявлено 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 мочеиспус-

кательного канала и мочевого пузыря у небеременных пациенток, сопровождающиеся 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 (короткий и широкий мочеиспускательный канал, его близость к естественным микробным резервуарам), а также вариации топологии наружного отверстия мочеиспускательного канала: вагинальная эктопия и/или гипермобильность мочеиспускательного канала, который тесно связан с присутствием уретрогеманальных 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 этиологию и патогенез 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 дисталь-

ного отдела мочеиспускательного канала и транспозиция его ближе к клитору [1, 2, 4, 6]. К недостаткам следует отнести циркулярную мобилизацию дистального отдела мочеиспускательного канала и натяжение его 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.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2009 года под наблюдением находились 175 пациенток, страдающих РД, из них – 47 рожавших (возраст – $24,9 \pm 4,1$ года и $35,8 \pm 5,8$ года соответственно). Дополнительно выполнено сравнительное морфометрическое обследование 512 относительно здоровых женщин (195 рожавших) для уточнения топографо-анатомических отличий наружных половых органов, как потенциальных диагностических критериев (возраст – $24,7 \pm 3,5$ года и $33,1 \pm 5,3$ года соответственно).

Совпадение времени возникновения заболевания с началом регулярной половой жизни имело место в 75%, в остальных случаях – спустя 1–3 года сексуальной активности. Давность заболевания составила от 1,5 до 15 лет, частота рецидивов – 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 данное исследование не имели специфических урогенитальных инфекций.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 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 условии транзиторная лейкоцитурия и бактериурия обнаруживалась в 71,7%, причем преобладали полимикробные вариации, нередко в количествах, превосходящих предельно допустимый уровень микробной обсемененности мочи, что объективизирует факт посткоитальной контаминации мочеиспускательного канала.

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

Признаки «классической» вагинальной эктопии наружного отверстия мочеиспускательного канала (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 измерение величины уретро-клиторального промежутка (УКП) выявили достоверное увеличение показателя у женщин с РД в сравнении со здоровыми особами – $3,65 \pm 0,38$ (Ме – 3,5) против $2,63 \pm 0,41$ см (Ме – 2,5; $p < 0,01$) соответственно. Причем этот признак оказался постоянным в преобладающем числе наблюдений пациенток с РД – 91% ($X^2 = 12,71$; $p < 0,001$), что свидетельствует о наличии у них тенденции к вестибулярной топографической локализации наружного отверстия мочеиспускательного канала. Присутствие УГС той или иной степени выраженности выявлено в 57,1% случаев.

Параметры «мужского достоинства» партнера (по результатам ориентировочной оценки половыми партнера-

ми) 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%) – выбыли из него по независящим от нас причинам (проведено лишь первичное обследование и консультация). 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 мочеиспускательного канала преимущественно за счет конформации окружающих ее тканей (без циркулярной мобилизации), иссечение УГС и прилежащего к дистальной части мочеиспускательного канала 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, в котором установлено, 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 лимфоплазмозклеточная 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 сканирований 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 женщины, две пациентки родили здоровых детей естественным способом без каких-либо осложнений.

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 на следующем этапе целесообразно применение хирургического лечения, реальная потребность в котором составляет около 30%. В объем операции (помимо транспозиции дистального отдела мочеиспускательного канала и резекции УГС) рационально включать иссечение, как правило, патологически измененных парауретральных добавочных образований и прилежащего к дистальному отделу мочеиспускательного канала лоскута стенки влагалища (область так называемого уретрального кила). Альтернативой является посткоитальная антибиотикопрфилактика.

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

Рекуррентна секс-індукована дизурія у молодих жінок – хірургічна дилема

С.В. Андреев

У роботі наведені результати обстеження та лікування 175 пацієнок репродуктивного віку, які страждають на рекуррентну секс-індуковану дизурію. На підставі морфометричного порівняння з 512 здоровими жінками досліджені варіації топології зовнішнього отвору сечівника. Вивчено ефективність поетапного застосування поведінкової терапії та хірургічного лікування в профілактиці рецидивів захворювання.

Ключові слова: рекуррентний цистит, молоді жінки, профілактика, хірургічне лікування.

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.

Key words: recurrent cystitis, young women, prevention, surgery.

Сведения об авторе

Андреев Сергей Вячеславович – Харьковский национальный медицинский университет, Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии имени В.И. Шаповала, 61037, г. Харьков, просп. Московский, 195; тел.: (057) 738-49-00; (066) 176-37-66. E-mail: androp65@mail.ru

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. – М., 2009. – 25 с.
3. Лоран О.Б. Рецидивирующие инфекции мочевых путей / О.Б. Лоран // Издательство: 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 П. – СПб., 2009. – № 1 (25). – С. 814.
7. Спосіб лікування вагінальної ектопії зовнішнього отвору сечовипускного каналу у жінок: Патент 51783 Україна МІЖ (2009) А61В 17/00 / Лісовий В.М., Гарагатий І.А., Тучкіна І.О., Андреев С.В., Лісова М.А., Гарагатий А.І. – Оpubл. 26.07.2010. – Бюл. № 14. – 4 с.
8. Archimbaud Jean-Pierre La mйatatoskйnectomie avec urйtrostomie perineale: traitement des cystites rйcidivantes de la femme / Archimbaud Jean-Pierre, Gerard Thierry, Martin Xavier Jean-Baptiste // Progris en Urologie. – 2003. – № 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. – № 250 (November). – P. 1082–1090.
10. Stamatou C. Sex-induced cystitis-patient burden and other epidemiological features / Stamatou C, Bovis C, Panagopoulos P., Petrakos G., Economou A., Lycoudt A. // Clin Exp Obstet Gynecol. – 2005. – Vol. 32 (3). – P. 180–182.