УДК 616.62-002-089

DOI: 10.31549/2541-8289-2021-3-19-23

ПОСТКОИТАЛЬНЫЙ ЦИСТИТ: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Феофилов И.В.^{1,2}, Бобоев М.М.², Шкуратов С.С.^{1,2}, Почивалов А.К.^{1,2}, Плугин П.С.¹¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

Одними из ведущих факторов развития посткоитального цистита являются особенности строения нижних отделов мочеполювых путей: влагалищная эктопия — расположение наружного отверстия уретры на границе или на передней стенке влагалища и гипермобильность — повышенная подвижность наружного отверстия и дистального отдела уретры у женщин. Отмечена слабая осведомленность и настороженность врачей амбулаторного звена относительно этой урологической проблемы. Проанализирована эффективность и безопасность транспозиции уретры по Комякову у 19 пациенток с данной патологией. Экстравагинальная транспозиция уретры является эффективной, простой в техническом исполнении, малотравматичной и безопасной.

Ключевые слова: инфекция мочевых путей, посткоитальный цистит, транспозиция уретры.

POSTCOITAL CYSTITIS: RESULTS OF SURGICAL TREATMENT

Feofilov I.V.^{1,2}, Boboev M.M.², Shkuratov S.S.^{1,2}, Pochivalov A.K.^{1,2}, Plugin P.S.¹¹Novosibirsk State Medical University²State Novosibirsk Regional Clinical Hospital

One of the leading factors in the development of postcoital cystitis are the developmental features of the lower urinary tract, which include vaginal ectopia that is the location of the external opening of the urethra on the border or on the anterior wall of the vagina, and hypermobility — an increased mobility of the external opening and distal urethra in women. There was a low awareness and alertness of outpatient doctors to this urological problem. The efficacy and safety of urethral transposition according to Komyakov was analyzed in 19 patients with this pathology. Extravaginal urethral transposition is an effective, technically simple, low-traumatic and safe.

Keywords: urinary tract infection, postcoital cystitis, urethral transposition.

ВВЕДЕНИЕ

Инфекция мочевых путей (ИМП) занимает одно из первых мест по распространенности среди урологических заболеваний [1]. У женщин наиболее часто инфекционно-воспалительные процессы связаны с заболеванием слизистой мочевого пузыря — циститом [2]. В течение жизни 50 % женщин отмечают хотя бы один эпизод неосложненной ИМП, а у 30 % из них заболевание

приобретает рецидивирующее течение [3]. Легкость возникновения цистита определяется анатомией уретры (малой длиной и большей шириной), близостью к влагалищу и анусу. Еще одним фактором, способствующим возникновению цистита, является половой контакт. Примерно треть пациенток с рецидивирующим циститом отмечает четкую связь развития симптомов острого воспаления мочевого пузыря после по-

Автор, ответственный за переписку

Феофилов Игорь Викторович: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 630091, г. Новосибирск, Красный пр., 52.
E-mail: fil_urolog@mail.ru

Corresponding author

Feofilov Igor Victorovich: Novosibirsk State Medical University, 52, Krasny Prospect, Novosibirsk, 630091, Russia.
E-mail: fil_urolog@mail.ru

© ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, 2021

лового контакта в первые 12–48 ч [4, 5]. В литературе данное явление получило название «посткоитальный цистит» или «секс-индуцированная дизурия». В 1959 г. описана взаимосвязь рецидивов посткоитального цистита у женщин с определенными вариантами анатомического развития нижних отделов мочеполовых путей [6]. Выделяют влагалищную эктопию — расположение наружного отверстия уретры на границе или на передней стенке влагалища, и гипермобильность — повышенную подвижность наружного отверстия и дистального отдела уретры у женщин в связи с наличием уретрогименальных спаек [7]. При этом создаются условия для ретроградного инфицирования его влагалищной флорой во время полового акта. Это является одним из этиологических факторов возникновения рецидива инфекции нижних отделов мочеполовых путей у женщин и появления различных сексуальных расстройств [5, 8].

С целью профилактики развития посткоитального цистита предложено выполнение поведенческой терапии, антибиотикопрофилактики, однако данная тактика оказалась недостаточно эффективной, а частое применение противомикробных может способствовать росту лекарственной резистентности уропатогенов [9]. Появились публикации о применении филлера, парауретральное введение которого способствует созданию гелевой подушки, приподнимая меатус и дистальную уретру, ограничивая их подвижность во время полового акта [10]. Между тем единственным эффективным методом лечения гипермобильности и влагалищной эктопии уретры является оперативный, суть которого заключается в перемещении уретры на расстояние, не позволяющее наружному отверстию уретры смещаться во влагалище при половом контакте [7].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать эффективность и безопасность транспозиции уретры по Комякову у пациенток с гипермобильностью и эктопией мочеиспускательного канала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2017 по 2020 г. на базе кафедры урологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России в урологическом отделении ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» прооперировано 19 пациенток с посткоитальным циститом. Возраст женщин составил от 19 до 53 лет (средний воз-

раст $29,94 \pm 8,47$ года). У всех 19 пациенток длительный, не менее 1 года, анамнез хронического рецидивирующего цистита, безуспешная антибактериальная и местная терапия. Необходимо отметить, что ни одна пациентка до осмотра урологом стационара амбулаторными врачами в кресле не осматривалась. При тщательном расспросе у 17 (89,5 %) выявлена четкая связь развивающихся в первые сутки дизурических расстройств с половым контактом. На догоспитальном этапе, помимо общеклинических анализов, в обследование в обязательном порядке включили: бактериальный посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, УЗИ мочевого пузыря, осмотр гинеколога, цистоскопию, осмотр в кресле с пробой О'Доннел-Хиршхорна, при этом у 7 (36,8 %) пациенток выявлена эктопия наружного отверстия уретры во влагалище или его преддверии, у 12 (63,2 %) — гипермобильность уретры. Все женщины перед операцией санированы, возбудителями являлись у 16 пациенток (84,2 %) *E. Coli*, у 2 (10,5 %) — *Klebsiella*, у 2 — моча стерильна. Техника операции соответствовала методике, описанной проф. Б.К. Комяковым (рис. 1), уретральный катетер Фолея удалялся на 4–5-й день. Всем больным проводилась антибактериальная профилактика.

Техника операции

Под спинальной анестезией (СА) в положении для влагалищных операций после стандартной обработки операционного поля в мочевого пузырь вводится катетер Фолея, выполняется округлый окаймляющий разрез вокруг наружного отверстия уретры, отступая от ее края 0,3–0,4 см, и отдельный поперечный разрез стенки преддверия влагалища длиной 1,5 см на расстоянии 0,5–1,0 см от клитора (см. рис. 1, а). Затем тупым и острым путем выделяется дистальный отдел мочеиспускательного канала на протяжении от 1,5 до 3,5 см в зависимости от степени эктопии (см. рис. 1, б). После этого через имеющийся сверху поперечный разрез влагалища формируется подслизистый тоннель до выделенной уретры. Конец ее захватывается зажимом и выводится через этот тоннель в область клитора (см. рис. 1, в). Выведенное в новом месте наружное отверстие мочеиспускательного канала по окружности фиксируется к слизистой преддверия узловыми викриловыми швами 3/0. Оставшаяся в области ранее располагавшегося отверстия уретры влагалищная рана ушивается узловыми швами в продольном направлении (см. рис. 1, г). Длина тоннеля зависит от степени

Рис. 1. Этапы экстрагинальной транспозиции уретры (по Комякову):

а — проекция разрезов вокруг наружного отверстия уретры и на планируемом новом месте в области клитора; б — мобилизация дистального отдела мочеиспускательного канала; в — проведение выделенного дистального отдела уретры через сформированный тоннель в область будущего расположения; г — окончательный этап операции — перемещенное и фиксированное на новом месте наружное отверстие уретры и продольные швы в месте его прежнего расположения

смещения наружного отверстия уретры во влагалище, т.е. от расстояния между ним и клитором.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оперированных женщин наблюдали через 10 дней, 1 и 3 мес (при этом 4 пациентки через 3 мес на контрольный осмотр не пришли). Половой контакт разрешали через 1 мес. Удовлетворительным считали результат при отрицательной пробе О'Доннел-Хиршхорна, отсутствие жалоб на дизурию после полового контакта и рост микрофлоры в моче. Через 3 мес на осмотр пришло 15 оперированных, у всех проба отрицательная, дизурию после полового контакта отметила одна (6,6 %) женщина, при контрольном лабораторном исследовании мочи стойкое клинико-микробиологическое излечение наступило у 14 (93,4 %), еще у одной (6,6 %) пациентки на фоне отсутствия секс-индуцированной дизурии в бактериальном посеве выявлена *E. coli* в диагностическом титре. Дискомфорт при мочеиспускании к 10-м суткам отмечался у 12 (63,2 %) пациенток, к исходу 1-го месяца полностью прошел у всех. Хирургических интра- и послеоперационных осложнений, описанных в научной литературе, таких как повреждение уретры и ее стриктуры, расхождение швов, обратное смещение уретры, макрогематурия, не отмечено ни в одном случае. Из 19 прооперированных у одной (5,3 %) пациентки развилось раннее послеоперационное кровотечение, связанное с ошибочной хирургической тактикой — в конце операции в рану установили резиновый выпускник, хотя подавляющее большинство урологов не рекомендуют устанавливать дренирующие системы.

Клинический пример

Больная Н., 32 года, поступила в урологическое отделение ГБУЗ НСО «Городская Новосибирская областная клиническая больница» с диагнозами влагалищной эктопии уретры (рис. 2), посткоитального цистита. Под СА в асептических условиях выполнена транспозиция уретры по методике проф. Б.К. Комякова (патент на изобретение № RU2408296C1) с установкой мочевого катетера Фолея. Перед наложением последнего узлового шва в области ранее располагавшегося отверстия уретры во влагалищную рану установлен резиновый выпускник. В первые часы отмечено обильное кровотечение (до

Рис. 2. Влагалищная эктопия уретры

Рис. 3. Послеоперационный период:
а — перемещенная уретра; б — гематома

Рис. 4. Через 4 недели после операции

300 мл), резиновый выпускник удален, несколько раз проведено тугое тампонирование влагалища, кровотечение остановлено, в последующем в области влагалища возникла гематома (рис. 3). Уретральный катетер удален на 5-е сутки. К исходу четвертой недели все явления осложнения полностью купированы (рис. 4).

Принципиальным отличием метода Б.К. Комякова от предложенных ранее R.P. O'Donnell, R.C. Hirschhorn, О.Б. Лораном (рис. 5) является отсутствие разреза тканей до нового положения наружного отверстия уретры [4, 6, 11]. Перешеек

и сформированный под ним тоннель, через который перемещается уретра, снижает травматичность способа, а также обеспечивает снижение риска развития сужения уретры и повышает надежность ее фиксации, что снижает риск рецидива гипермобильности. Наличие швов при выполнении других методик при их расхождении почти всегда приводит к смещению миатуса в исходное место и рецидивированию посткоитального цистита.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В патогенезе посткоитального цистита ведущую роль играет влагалищная эктопия уретры и ее гипермобильность. Слабая осведомленность и настороженность врачей амбулаторного звена, которым наиболее часто приходится сталкиваться с хроническим рецидивирующим циститом, отсутствие привычки осматривать пациенток в кресле приводят к тому, что значительная часть больных, страдающих данным недугом, не получает адекватного лечения. При анализе проведенного исследования выявлена высокая эффективность операции транспозиции уретры по методу проф. Б.К. Комякова. Предложенная методика является простой в техническом исполнении, малотравматичной, перешеек между исходным и новым располо-

Рис. 5. Общий вид преддверия влагалища после операции

жением миатуса — надежный фактор профилактики повторного смещения уретры во влагалище. При четком соблюдении техники оперативного пособия, рекомендаций по ведению больных в послеоперационном периоде экстравагинальная транспозиция уретры, предложенная проф. Б.К. Комяковым, является безопасной.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаджиева З.К., Казилев Ю.Б. Особенности подхода к профилактике рецидивирующей инфекции нижних мочевыводящих путей // Урология. 2016. № 3-53. С. 65–76.
2. Dason S., Dason J.T., Kapoor A. Guidelines for the diagnosis and management of recurrent urinary tract infection in women // Can. Urol. Assoc. J. 2011. Vol. 5 (5). P. 316–322. DOI: 10.5489/cuaj.11214.
3. Tandogdu Z., Wagenlehner F.M.E. Global epidemiology of urinary tract infections // Curr. Opin. Infect. Dis. 2016. Vol. 29 (1). P. 73–79. DOI: 10.1097/QCO.0000000000000228.
4. Hirschhorn R.C. Urethral-hymeneal fusion: a surgically correctable cause of recurrent cystitis // Obstet. Gynecol. 1965. Vol. 26 (6). P. 903–908.
5. Стойко Ю.М., Нестеров С.Н., Кисамеденов Н.Г. и др. Хирургическое лечение рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей у женщин // Вестн. Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2009. Т. 4, № 2. С. 53–56.
6. O'Donnell R.P. Relative hypospadias potentiated by inadequate rupture of the hymen: a cause of chronic inflammation of the lower part of the female urinary tract // J. Int. Coll. Surg. 1959. Vol. 32. P. 374–388.
7. Комяков Б.К. Экстравагинальная транспозиция уретры в лечении посткоитального цистита // Урология. 2013. № 5. С. 12–15.
8. Гвоздев М.Ю., Лоран О.Б., Гумин Л.М., Дьяков В.В. Транспозиция дистального отдела уретры в оперативном лечении рецидивирующей инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин // Урология. 2000. № 3. С. 29–32.

9. Кульчавеня Е.В., Шевченко С.Ю. Особенности лечения больных посткоитальным циститом (предварительные результаты) // JSMS. 2015. № 2. С. 23.
10. Глыбочко П.В., Рапопорт Л.М., Иноятон Ж.Ш. и др. Новый подход к лечению посткоитального цистита // Вопросы урологии и андрологии. 2019. Т. 7, № 1. С. 59–63. DOI: 10.20953/2307-6631-2019-1-59-63.
11. Лоран О.Б., Гумин Л.М., Дьяков В.В., Гвоздев М.Ю. Способ транспозиции наружного отверстия мочеиспускательного канала у женщин. Патент РФ на изобретение № 2132652. Оpubл. 10.07.1999.

Поступила 24.09.2021

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Феофилов Игорь Викторович — д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России; научный куратор урологического отделения ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Бобоев Мехрожддин Мадаминович — канд. мед. наук, врач-уролог урологического отделения ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Шкуратов Сергей Сергеевич — канд. мед. наук, заведующий урологическим отделением ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»; ассистент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Почивалов Андрей Константинович — врач-уролог урологического отделения ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»; ассистент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Плугин Павел Сергеевич — аспирант кафедры урологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Образец цитирования: Феофилов И.В., Бобоев М.М., Шкуратов С.С., Почивалов А.К., Плугин П.С. Посткоитальный цистит: результаты хирургического лечения // Сиб. мед. вестн. 2021. № 3. С. 19–23.