

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

Стойко Ю.М., Нестеров С.Н., Кисамеденов Н.Г.,
Рогачиков В.В., Ильченко Д.Н., Брук Ю.Ф.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова

УДК: 618.164-002:616-089-039.35

Резюме

Обсуждаются основные методы диагностики и лечения рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей, возникающих вследствие влагалищной дистопии наружного отверстия мочеиспускательного канала. Обоснована целесообразность применения реконструкции с транспозицией дистального отдела уретры. При этом у пациенток с посткоитальным циститом при наличии дистопированной дистальной уретры отмечается полное выздоровление и улучшение качества жизни у 93,5% больных, тогда как у пациенток, отказавшихся от оперативного лечения при наличии дистопии уретры, полная ремиссия отмечена лишь у 0,6% больных.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий цистит, транспозиция дистального отдела уретры.

SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT INFECTIONS OF LOWER URINARY TRACT IN FEMALES

Stoiko Yu.M., Nesterov S.N., Kisamedenov N.G.,
Rogachikov V.V., Ilchenko D.N., Brook Yu.F.

The issue of the article is the basic diagnostics and medical treatment methods of chronic recurrent cystitis arising in consequences of the vaginal malposition's external urethra foramen. The application's expediency of the new method's open treatment is well-founded. This new method is the repairing with the transposition of the urethra's distal section. On application of the repairing and transposition urethra's distal section the patients having postcoital cystitis in the presence of dystopic urethra the total convalescence and improvement of the quality of life among the 93,5% patients are to be observed, when the total remission among the patients who have rejected surgical treatment in the presence of dystopic urethra was recorded at 0,6% of patients.

Keywords: chronic recurrent cystitis, transposition of the urethra's distal section.

Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей у женщин остаются актуальной проблемой, несмотря на возможности современной антибактериальной терапии [6]. Каждый эпизод рецидива сопровождается клиническими проявлениями цистита в среднем в течение 6,1 суток, ограничением социальной дисадаптации, активности и потерей трудоспособности на протяжении 2,4 суток [10]. Частота рецидива после первого эпизода цистита составляет 50%, у некоторых женщин рецидивы отмечаются более 3 раз в год. У части женщин выявляется корреляционная связь между степенью сексуальной активности и появлением симптомов острого цистита в течение 24–48 часов [8]. О высокой распространенности и трудностях достижения ремиссии данного заболевания сообщают многие авторы [1, 3, 10, 5, 10, 11]. Диапазон клинических проявлений варьирует от единичных эпизодов острого воспаления, до тяжелого хронического воспалительного процесса с выраженным болевым симптомом и восходящим инфицированием верхних мочевых путей.

Особенности течения заболевания связаны с целым рядом факторов: анатомическим строением женской уретры, подверженностью нижних мочевых путей гормональному воздействию и изменениям, происходящим во время беременности и родов. При некоторых вариантах расположения наружного отверстия мочеиспускательного канала создаются условия для ретроградного инфицирования его влагалищной флорой во время полового акта. Это является одним из этиологических факторов возникновения рецидива инфекции нижних мочевых

путей у женщин и появления различных сексуальных расстройств. Как правило, это приводит к обострению хронического цистита в течение 12–36 часов после полового акта. Следствием является нарушение сексуальной функции у женщин и отказ от половой жизни [6]. Этиотропная хирургическая тактика хронического посткоитального цистита и уретрита до сих пор вызывает разногласие среди урологов. Хирургическая коррекция влагалищной дистопии наружного отверстия уретры – относительно новый метод урологии [7].

Существуют несколько видов оперативного лечения при посткоитальных рецидивирующих циститах. Целью оперативного лечения в таких случаях является максимальное удаление наружного отверстия уретры от влагалища и его перемещение к клитору [3, 10, 4, 11, 17]. Однако, в некоторых случаях короткая уретра, обусловленная дистопией последней, не позволяет выполнить данное пособие в предложенных операциях, в связи с чем мы предлагаем свой вариант реконструкции с транспозицией дистального отдела уретры.

Материал и методы исследования

Предлагаемый нами метод оперативного лечения хронического рецидивирующего цистита при влагалищной дистопии уретры у женщин применяется в урологической клинике Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова с 2005 года. С данного периода на стационарном лечении находились 81 пациентка, страдающих рецидивирующим циститом в возрасте от 19 до

53 лет. Среди госпитализированных женщин у 39 выявлена влагалищная дистопия уретры. У 5 из них заболевание протекало бессимптомно. Для сравнения результатов лечения больные были разделены на три группы:

1 группа (31 пациентка): женщины, которым была выполнена предложенная нами реконструкция с транспозицией дистального отдела мочеиспускательного канала.

2 группа (8 пациенток): женщины, использовавшие посткоитальную профилактику мочевого инфекции.

3 группа пациенток – 42, без дистопии уретры, с хроническим циститом, получавшие традиционную консервативную терапию.

Пациентками исследуемых нами групп являлись женщины репродуктивного возраста, у которых развитие рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей, как правило, связано с началом половой жизни, а обострения заболевания возникают после полового акта.

Продолжительность заболевания варьировала от 6 месяцев.

В первый год заболевания к врачу обратились 24 (32,9%) женщины, спустя 1–5 лет – 31 (42,5%). В более поздние сроки – 18 (24,6%). Значительное количество больных – 49 (67,1%) длительное время страдали хроническим рецидивирующим циститом. У 89,3% больных симптомы воспалительного поражения нижних мочевых путей возникли в период половой зрелости. При выяснении жалоб симптомокомплекс хронического рецидивирующего цистита оказался весьма разнообразным. Обращают на себя внимание жалобы пациенток, связанные с половым актом, где основными являлись возникновение и усиление болей в области половых органов при коитусе у 34 больных, что составило 87,1% от общего количества страдающих посткоитальным циститом. Наличие хронического рецидивирующего цистита, обусловленное коитальным фактором, приводило к снижению качества жизни у всех пациенток. Появление вышеперечисленных симптомов после полового акта, является характерным признаком наличия влагалищной дистопии уретры.

При оценке половой жизни пациенток 1 и 2 групп, обращают на себя внимание такие показатели как, невозможность получения оргазма в 77,4% случаев. Тогда как в 3 группе пациенток, не имеющих аномалии расположения уретры качество половой жизни (в том числе нарушение оргазма) достоверно не изменено.

При обследовании пациенток, поступивших с рецидивирующим циститом, мы проводили исследование по методике О'Доннел-Хиршхорна, которое выполняли следующим образом: указательный и средний пальцы кисти правой руки, введенные во влагалище, разводятся латерально и одновременно производят давление на стенку влагалища. При выполнении этого теста диагностируют гипермобильность дистального отдела уретры, степень дилатации наружного отверстия мочеиспускательного канала, эластичность тканей преддверия; наличие уретро-гименальных спаек; степень ригидности гименального кольца или его остатков, обуславливающих

интравагинальную тракцию наружного отверстия мочеиспускательного канала при половом акте.

Бактериологическое исследование мочи проведено всем пациенткам исследуемых групп. У всех больных моча была инфицирована. Во всех случаях степень бактериурии превышала 104 микробных тел в 1 мл мочи. В 1 и 2 группах пациенток выявлена смешанная микрофлора с преобладанием грамотрицательных бактерий.

При наличии патологического отделяемого из половых органов у 58,2% пациенток были выявлены неспецифические воспалительные заболевания мочеполовых органов.

Каждой больной проводилась урофлоуметрия, которая выполнялась 2–3 раза, что необходимо для исключения элемента случайности и сведения к минимуму психологического дискомфорта.

При цистоскопии практически у всех больных в исследуемых группах определяется отечность слизистой оболочки, гиперемия шейки мочевого пузыря и мочепузырного треугольника Лъето. Некоторые авторы [2, 9, 12, 15, 17, 19] считают гиперемии и отечность шейки и мочепузырного треугольника проявлением заднего уретрита. Отсутствие в мочевом пузыре каких-нибудь изменений не позволяет исключить наличие воспалительного процесса в мочеиспускательном канале.

Результаты проведенного нами комплексного клинико-лабораторного обследования показали, что для пациенток 1 группы на фоне длительно текущего воспалительного процесса характерны различные нарушения половой жизни: от незначительных болезненных ощущений во время полового акта и до снижения либидо.

Техника операции

Под общим обезболиванием или спинномозговой анестезией, отступая 0,5 см от клитора П-образным разрезом по направлению к наружному отверстию уретры рассекают ткани преддверия влагалища. Разрез заканчивается в 2–3 мм до наружного отверстия уретры. Ткани по краям разреза отсепаровываются, создавая ложе для последующего перемещения уретры. Разрез продолжают вниз по направлению к преддверию влагалища, также создавая П-образный (перевернутый), с последующей отсепаровкой лоскута в сторону наружного отверстия уретры. Острым путем выделяют наружное отверстие уретры на протяжении 0,5 см. Нижний дефект раны ушивается узловыми швами. На катетере путем сшивания краев выкраенных лоскутов формируется дистальный отдел уретры, который в дальнейшем перемещается на верхний край (под клитор) разреза. Одним швом из синтетического рассасывающегося шовного материала на 12 часах условного циферблата сформированное наружное отверстие уретры фиксируется к верхнему краю разреза. После этого накладываются еще два аналогичных шва симметрично по обе стороны от первого на 2 и 10 часах. В результате этого наружное отверстие уретры оказывается перемещенным вентрально на 1,0–1,5 см без какого-либо

натяжения. Далее производится широкое рассечение остатков уретро-гименальных спаек. Затем окончательно формируют наружное отверстие уретры отдельными швами из синтетических рассасывающихся материалов. Окончательным этапом операции является восстановление целостности передней стенки влагалища.

Результаты

Послеоперационный период, как правило, протекал благополучно и не был продолжительным. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила 2,5 суток. Уретральный катетер удаляется на 2 сутки после операции. Описанные нарушения мочеиспускания полностью регрессируют на 7–8 сутки с момента операции, что соответствует срокам заживления раны. В раннем послеоперационном периоде осложнения нами не наблюдались. В течение первых 2-х суток после операции были выписаны 27 пациенток, что составляет 87,1% всех оперированных больных. В раннем послеоперационном периоде осложнения, связанные с операцией (кровотечение, расхождение швов, воспаление послеоперационной раны) или наркозом, мы не наблюдали.

Отдаленные результаты после операции изучены у всех 31 больных за период от 1 месяца до 3-х лет. В различные сроки после операции из исследования выбыли 4 больных. Усиление либидо отмечено у 30, улучшение оргазма у 25, восстановление регулярности половой жизни у 30, исчезновение диспареунии у 29, беременность наступила у 7 пациенток. При влагалищном исследовании не обнаружено изменений в половой системе, связанных с операцией. Через 6 месяцев после операции рубцов не определяется. Симптом О'Доннел-Хиршхорна у всех больных отрицательный. При калибровке мочеиспускательного канала оливообразными бужами признаков стенозирования не выявлено. Показатели урофлоуметрии у всех оперированных больных оставались в пределах нормальных величин. У одной больной эффект от операции, несмотря на проведение неоднократных курсов комплексной терапии, отсутствовал.

По собственной оценке пациенток улучшение качества жизни после перенесенного оперативного вмешательства отметили 29 (93,5%) женщин. Это касается и уменьшения, а, в ряде случаев, и отсутствия болевых ощущений во время полового акта; исчезновение страха появления расстройств мочеиспускания после полового акта; улучшение качества мочеиспускания.

Через 6 месяцев после перенесенной операции всем больным была выполнена уретроцистоскопия. При этом уменьшение воспалительных изменений в зоне шейки и треугольника мочевого пузыря и мочеиспускательном канале отмечено у 27 (87,1%) больных.

Полное выздоровление наступило у 24 (77,4%) оперированных больных. Дальнейшее лечение потребовалось 7 (22,5%) пациенткам. Оно заключалось в проведении курсов антибактериальной и противовоспалительной терапии. Использовались и физиотерапевтические

методы лечения. Применение комбинированной антибактериальной, противовоспалительной иммунокорригирующей, местной и физиотерапии позволило достичь положительных результатов.

Одной из основных задач проводимого лечения является сексуальная реабилитация женщин. Учитывая субъективизм понятия «сексуальная реабилитация», основными критериями считались: исчезновение болевых ощущений при половом акте – 35 (47,9%) больных; восстановление регулярной половой жизни – 26 (35,6%) женщин.

При оценке результатов лечения данной группы больных мы использовали те же критерии, что и в группе оперированных больных.

Посткоитальная антибиотикопрофилактика рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей оказалась эффективной у 6 (75%) из 8 пациенток. Снижение частоты рецидивов заболевания зафиксировано у 1 (0,6%) больной. При уретроцистоскопии регресс воспалительных изменений в зоне шейки и треугольника мочевого пузыря и в мочеиспускательном канале отмечен у 2 (25%) пациенток. У 4 (50%) больных отмечены побочные эффекты антибиотикотерапии, несмотря на то, что препараты группы фторхинолонов, по данным литературы, отличаются незначительным побочным действием [11, 13, 15, 16, 18]. Различные расстройства желудочно-кишечного тракта и кандидозный кольпит являлись основными осложнениями антибиотикопрофилактики. Это послужило основанием для отказа от дальнейшего лечения 3 (37,5%) человек.

При изучении результатов лечения в группе традиционной терапии хронического рецидивирующего цистита положительный эффект отмечено у 6 (17,6%) из 34 больных. При этом изменение качества половой жизни отметили 3 (8,8%) пациентки. Из них исчезновение болевых ощущений во время полового акта отмечено у 1 (2,9%), восстановление регулярности половой жизни – у 2 (5,8%), улучшение оргазма – 1 (2,9%) пациентки. Снижение частоты рецидивов заболевания выявлено у 5 (14,7%) больных. При уретроцистоскопии регресс воспалительных изменений в шейке и треугольнике мочевого пузыря и в мочеиспускательном канале отмечен у 2 (5,8%) больных. В стационарном лечении более 2 раз в течение года нуждались 27 (79,4%) пациенток. Выраженный болевой симптом при проведении местной терапии послужил основанием для отказа от дальнейшего лечения 2 (5,8%) больных.

Выводы

Выполняемая нами оперативная коррекция влагалищной дистопии наружного отверстия уретры позволила улучшить результаты лечения больных, страдающих рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей.

Лечение рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей при наличии влагалищной дистопии

наружного отверстия мочеиспускательного канала общепринятыми методами эффективно только в половине случаев. Учитывая низкую эффективность этой методики, требующей длительного пребывания больных в стационаре, она может быть использована только при наличии различных противопоказаний к оперативному вмешательству.

Эффективность посткоитальной антибиотико-профилактики рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей достигает 83,4%. Наилучшие результаты сексуальной реабилитации женщин, страдающих рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей, получены в группе оперированных больных.

Литература

1. Голнгорский С.Д. Циститы. — Кишинев: Медгиз, 1958. — 173 с.
2. Елисеева М.Ю. Женская гипоспадия как причина рецидивирующих и хронических вульвовагинитов, уретритов и циститов. — Автореф. дисс... канд. мед. наук. — 2005. — 22 с.
3. Лоран О.Б., Зайцев А.В., Годунов Б.Н., и др. Современные аспекты диагностики и лечения хронического цистита у женщин // Урол. и нефрол. — 1997. — № 6. — С. 7–14.
4. Люлько А.В., Волкова Н.Н., Суходольская А.Е. Циститы. — Киев: Здоров'я, 1988. — 175 с.
5. Кан Д.В., Пермяков А.Н. Уретральный синдром у женщин // Советская медицина. — 1982. — № 11. — С. 71–75.
6. Комяков Б.К., Эль-Аттар Т.Х. Транспозиция дистального отдела уретры при гипермобильности и влаглищной эктопии уретры у женщин. — Минск, 2008. — 47 с.
7. Пермяков А.Н. Уретральный синдром у женщин. — Автореф. дисс... канд. мед. наук. — М., 1983. — 23 с.
8. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
9. Barr S.J. Urethral-hymenal fusion: a cause postcoital cystitis // Amer. J. Obstet. Gynec. — 1969. — Vol. 104, № 4. — P. 595.
10. Fowler J.E., Stamey T.A. Studies of introital colonization in women with recurrent urinary infections // J. Urol. — 1977. — 117. — P. 472.
11. Hirschhorn R.C. Urethral-hymenal fusion // Obstet. Gynecol. — 1965. — Vol. 26, № 6. — P. 903.
12. Huffman J.W. The detailed anatomy of the paraurethral ducts in the adult female // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1948. — P. 55–86.
13. Netto N.R. Treatment of recurrent cystitis in women by internal urethrotomy or antimicrobial agents // Int. Urol. Nephrol. — 1980. — 12 (3). — P. 211–215.
14. O'Donnell R.P. Chronic honeymoon cystitis correction by surgery // Br. J. Sex Med. — 1978 — Vol. 5 № 37. — P. 20.
15. O'Donnell R.P. Relative hypospadias potentiated by innadegate rupture of the hymen // J. Int. Coll. Sbrg. — 1959. — Vol. 32. — P. 374.
16. Pfau A. Sacks T.G., Engelstein D. Recurrent urinary tract infections in premenopausal women // J. Urol. — 1983. — Vol. 129. — P. 1153.
17. Reed J.F. Urethral-hymenal fusion // J. Urol. — 1970. — Vol. 103, № 4. — P. 441–446.
18. Scotti R.J., Ostergard D.R. Urethral syndrome // Clin. Obstet. Genecol. — 1984. — Vol. 27, № 2. — P. 515.
19. Smith P.J. Honeymoon cystitis // Br. J. Urol. — 1982. — 54 (6). — P. 708–710.

Контактная информация

Кисамеденов Нурлан Гадылбекович

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70

e-mail: kissamedenov@mail.ru