

Среди оперированных женщин через 2 месяца после операции у 3 механизм удержания мочи был полностью восстановлен, а у 5 кашлевая проба стала положительной. Этим пациенткам выполнена уретропексия по принципу TVT с хорошим результатом.

#### **Выводы:**

1. Все женщины, которым планируется хирургическая коррекция ГП должны быть обследованы на предмет исключения скрытого СНМ путем проведения кашлевой пробы в условиях репозиции ГП.

2. При выявлении у женщины с ГП скрытого СНМ целесообразно выполнить симультанное вмешательство: коррекция ГП и уретропексия лентой по принципу TVT.

3. Подтвердить минимальное СНМ позволяет часовой Pad-test с предварительным внутривенным введением индигокармина и водорастворимого контрастного вещества для визуального и рентгеновского подтверждения непроизвольной потери мочи при физическом напряжении.

4. Метод лечения женщин с ГП и минимальным СНМ зависит от степени опущения МП: при опущении МП III-IV ст. показана хирургическая коррекция ГП, через 2-3 месяца после операции, в случае сохраняющегося СНМ – операция, восстанавливающая континенцию.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Касян, Г. Р. Пропалс тазовых органов и скрытое недержание мочи при напряжении / Г. Р. Касян [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2014. – № 1. – С. 98-102.

2. Нечипоренко, А. Н. Генитальный пролапс / А. Н. Нечипоренко, Н. А. Нечипоренко, А. В. Строчкий. – Минск: "Высшая школа", 2014. – 399 с.

3. Goeschen, K. Der weibliche Beckenboden Funktionelle Anatomie, Diagnostik und Therapie nach der Integraltheorie / K. Goeschen, P.P. Petros // Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009.

4. Versi, E. Evaluation of the home pad test in the investigation of female urinary incontinence / E. Versi [et al.] // Br. J. Obstet Gynaecol. – 1996. – Vol. 103. – P. 162-167.

### **ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЦИСТИТ У ЖЕНЩИН: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

***Нечипоренко А.Н., Нечипоренко Н.А., Сытый А.А., Якимович Г.Г.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»*

**Актуальность.** Наиболее распространенным инфекционно-воспалительным заболеванием органов мочевой системы у женщин является цистит. Заболеваемость циститом среди женщин 20–40 лет составляет 25–35%.

Особенностью цистита у женщин является склонность к хронизации

процесса и рецидивированию. Этому способствует анатомическая особенность мочеиспускательного канала: малая длина, большой диаметр и близость к влагалищу и анальному отверстию.

Среди анатомических факторов, способствующих развитию цистита у женщин в сексуально активном периоде, особое место занимают влагалищная эктопия наружного отверстия мочеиспускательного канала и его гипермобильность.

Влагалищная эктопия наружного отверстия уретры – наружное отверстие уретры располагается ниже своего обычного места – на границе с входом во влагалище.

Гипермобильность – это повышенная подвижность наружного отверстия мочеиспускательного канала, обусловленная слабостью наружной лонно-уретральной связки и наличием уретро-гименальных спаек.

Эти анатомические варианты расположения наружного отверстия уретры являются наиболее частыми факторами, способствующими развитию цистита и рецидивированию заболевания у сексуально активных женщин.

Во время полового акта эктопированное или гипермобильное наружное отверстие уретры смещается во влагалище, при этом наружное отверстие уретры начинает зиять, что создает условия для проникновения микрофлоры влагалища в уретру и в МП. В таких случаях через несколько часов или в течение суток после полового акта развивается клиническая картина острого цистита. Эта форма цистита названа посткоитальным циститом.

Посткоитальный цистит приводит к нарушению сексуальной функции и к значительному ухудшению качества жизни.

Диагностика посткоитального цистита трудностей не представляет. Характерные клинические признаки (боли, рези, жжение при мочеиспускании; учащение мочеиспускания; усиление болевого синдрома в конце акта мочеиспускания; ложные позывы на мочеиспускание) и связь появления нарушений мочеиспускания с половым актом, изменения в анализе мочи (лейкоцитурия или бактериурия) позволяют диагностировать посткоитальный цистит.

Единственным патогенетически обоснованным видом лечения посткоитального цистита является прием антибактериального или уроантисептического препарата непосредственно после полового акта. И ряду женщин этот вид лечения помогает. Но значительную часть женщин с посткоитальным циститом такое лечение не устраивает из-за необходимости постоянного употребления антибиотиков, наличия побочных эффектов и других неудобств, связанных с таким режимом приема препаратов.

В случае выявления четкой связи симптомов цистита с половой активностью и отсутствием эффекта от медикаментозного лечения следует рассматривать вопрос о хирургическом лечении. Суть хирургического лечения женщин с посткоитальным циститом сводится к хирургической коррекции анатомического расположения наружного отверстия уретры. Эта операция носит название "транспозиция дистального отдела уретры" и заключается в выделении конечного отдела мочеиспускательного канала и перемещении его

кпереди от входа во влагалище.

**Целью** настоящего сообщения является анализ собственных наблюдений обследования и хирургического лечения женщин с посткоитальным циститом.

**Методы исследования.** С 2017 года в клинике урологии Гродненского государственного медицинского университета находилось на лечении 29 пациенток с жалобами на появление симптомов цистита после полового акта. Возраст пациенток колебался от 20 до 40 лет.

Все женщины жаловались на появление расстройств мочеиспускания в виде учащенного болезненного мочеиспускания, в течение первых суток после полового акта. До поступления в клинику в течение 19-120 месяцев женщины после появления симптомов цистита принимали антибиотики и уроантисептики. Лечение приносило облегчение, но после очередного полового акта симптомы цистита рецидивировали.

При осмотре на гинекологическом кресле оценивали расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала, наличие его зияния, уретро-гименальных спаек, расстояние от клитора до наружного отверстия уретры, проводили пробу О'Донелл-Хиршхорна [2].

У всех пациенток расстояние между клитором и наружным отверстием уретры превышало 3 см, проба О'Донелл-Хиршхорна – положительная (наружное отверстие уретры легко смещалось в просвет влагалища и при этом отмечалось зияние наружного отверстия уретры). У 6 пациенток выявлено наличие уретро-гименальных спаек.

С учетом рецидивирования клинических проявлений цистита всем пациенткам выполнена цистоскопия.

При цистоскопии у всех 29 пациенток выявлены очаги лейкоплакии в области треугольника Льео.

После проведенного обследования у пациенток диагностирована влагалищная эктопия наружного отверстия уретры и его гипермобильность что и являлось факторами, способствующими развитию посткоитального цистита.

Все пациентки оперированы. Выполнена симультанная операция: трансуретральная электрокоагуляция очагов лейкоплакии, у 6 пациенток иссечены уретро-гименальные спайки и всем выполнена транспозиция уретры по Комякову [1]. (Выделялся дистальный отдел уретры длиной 1-1,5 см под слизистой влагалища от места бывшей локализации наружного отверстия уретры по направлению к клитору формировался тоннель длиной 1-1,5 см в который проводили участок мобилизованной уретры. Наружное отверстие фиксировали отдельными швами к стенке влагалища в новом месте. На 2 суток мочевого пузыря дренировали катетером Фолея). Результаты операции оценивали через 1, 3 и 12 месяцев после операции.

**Результаты и их обсуждение.** Все операции прошли без осложнений. Через 2 суток катетер Фолея удаляли и пациентке разрешали самостоятельно мочиться. На 3-4 сутки после операции пациентку выписывали из клиники с рекомендацией воздержаться в течение месяца от физических нагрузок и половой жизни.

Отсутствие жалоб, прекращение эпизодов рецидивов цистита после

полового акта, отрицательная проба О'Донелл-Хиршхорна расценивались как хороший результат операции.

У 24 пациенток через 1 месяц после операции жалоб нет, мочеиспускание свободное, 5 пациенток отмечали умеренную болезненность при мочеиспускании. Артифициальное наружное отверстие уретры у всех хорошо сформировано. Женщинам разрешена половая жизнь.

Через 3 месяца после операции у этих 29 женщин мочеиспускание свободное, рецидивов цистита, связанных с половым актом, не отмечается. При осмотре на кресле наружное отверстие уретры хорошо сформировано, проба О'Донелл-Хиршхорна – отрицательная.

Все 29 женщин осмотрены через 12 месяцев после операции. Состояние хорошее, рецидивов цистита, связанных с половым актом, не было. Но 2 пациентки отмечают периодически появляющуюся поллакиурию. При цистоскопии у них отмечен рецидив лейкоплакии.

#### **Выводы:**

1. Обследование пациенток с рецидивирующим циститом должно включать пробу О'Донелл-Хиршхорна и цистоскопию.

2. При выявленной влагалищной эктопии наружного отверстия уретры и ее гипермобильности в случаях развития посткоитального цистита показана транспозиция дистального отдела уретры.

3. При выявленной лейкоплакии слизистой мочевого пузыря операция должна быть дополнена трансуретральной электрокоагуляцией очагов лейкоплакии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Комяков, Б. К. Экстравагинальная транспозиция уретры в лечении посткоитального цистита / Б. К. Комяков // Урология. – 2013. – № 5. – С. 12-14.

2. O'Donell, R. P. Chronic honeymoon cystitis correction by surgery / R. P. O'Donell // Br. J. Sex. Med. – 1978. – № 5. – P. 20-25.

### **МРТ-ДИАГНОСТИКА ЦИСТОЦЕЛЕ ПУТЕМ ОЦЕНКИ ПОДВИЖНОСТИ ВЕЗИКО-УРЕТРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ЖЕНЩИН**

<sup>1</sup>*Нечипоренко А.С.,* <sup>2</sup>*Вакульчик В.Г.,* <sup>3</sup>*Михайлов А.Н.*

<sup>1</sup>*УЗ «Гродненская областная клиническая больница»*

<sup>2</sup>*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

<sup>3</sup>*ЗГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*

**Актуальность.** Одним из интегральных показателей морфофункционального состояния аппарата удержания мочи является «угол инклинации уретры (УИУ)», описанный Г.А. Савицким [1] на основании данных динамической уретроцистографии. УИУ определяется между вертикальной осью, проведенной через лонное сочленение и осью, проведенной через верхние две трети уретры, характеризует положение проксимального