

стого рисунка при доплерографии; у самого меньшего количества пациентов наблюдалось наличие жидкости в исследуемых суставах. О взаимосвязи клинических проявлений псориаза, псориатической ониходистрофии и полученных ультразвуковых данных можно будет сделать заключение после большего числа обследованных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Платонова, А. В. Псориатическая ониходистрофия: клинические проявления (часть 1) / А. В. Платонова, А. С. Жуков, В. Р. Хайрутдинов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2018. – Т. 94, № 6, С. 7–14.
2. Сидорчик, Т. Г. Энтезит и псориатическая онихопатия как предрасполагающие факторы псориатического артрита у пациентов, больных псориазом / Т. Г. Сидорчик, В. А. Линева, М. А. Радзыня // Вестник дерматологии и венерологии. – 2018 – № 1, С. 38–50.
3. Файрушина, И. Ф. Ультразвуковая диагностика поражения периферических суставов и периартикулярных тканей при псориатическом артрите / И. Ф. Файрушина, Э. Р. Кириллова, Д. И. Абдулганиева // Практическая медицина. – 2019. – Т. 17, № 6, С. 20-22.
4. Freston, J. E. Is there subclinical synovitis in early psoriatic arthritis? A clinical comparison with gray-scale and power doppler ultrasound [Electronic resource] / J. E. Freston, L. C. Coates [et al] // Arthritis Care & Research. – 2014. – Vol. 66, N. 3. – P. 432-439. – Mode of access <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/acr.22158>. – Date of access: 30. 11. 2020.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА

Сильчук Н. А., Нечипоренко А. Н.

Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Актуальность. Инфекции нижних мочевых путей (ИМП) – одна из наиболее частых клинических бактериальных инфекций у женщин, составляющая почти 25% всех инфекций. ИМП встречаются чаще у женщин, чем у мужчин, в соотношении 8:1. Примерно 50-60% женщин сообщают, по крайней мере, об одном эпизоде ИМП за всю свою жизнь и к 24 годам каждая третья будет иметь симптомы ИМП, требующие лечения антибиотиками.

Наиболее частым воспалительным заболеванием мочевого пузыря у женщин является цистит. В течение жизни острый цистит переносят 20–25% женщин, у каждой третьей из них в течение года возникает рецидив заболевания, а у 10% оно переходит в хроническую рецидивирующую форму [1, 2, 3].

Формой рецидивирующего цистита является посткоитальный цистит – цистит, развивающийся в течение 1-2 суток после полового акта у женщин с высо-

ким открытием наружного отверстия уретры и его гипермобильностью, а также при наличии уретро-гименальных спаек. При половом акте это способствует смещению уретры во влагалище, зиянию наружного отверстия уретры и инфицированию микрофлорой влагалища уретры и мочевого пузыря с развитием клиники острого цистита. Посткоитальный цистит приводит к нарушению сексуальной функции, вплоть до отказа от половых контактов, душевным страданиям, семейным проблемам, значительным материальным затратам из-за назначения длительных курсов фитотерапии и антибиотикотерапии, как следствие, – к повышению резистентности микроорганизмов [4, 5, 6, 7]. Оперативное лечение посткоитального цистита, связанного с гипермобильностью наружного отверстия уретры предложено в шестидесятых годах XX века [8] и, в различных модификациях, используется до настоящего времени.

Впервые гименоластику в качестве метода лечения посткоитального цистита предложил R.C. Hirschhorn в 1965 г. Операция очень проста в своем исполнении. Суть операции заключается в широком поперечном рассечении имеющихся уретрогименальных спаек и устранении гипермобильности наружного отверстия мочеиспускательного канала путем ушивания разреза в продольном направлении. Эта операция позволяет ограничить смещение уретры в просвет влагалища при половых актах и, следовательно, создать условия для проведения адекватной противовоспалительной терапии. Однако операция гименоластики эффективна только при наличии уретрогименальных спаек и небольшом смещении наружного отверстия уретры со своего нормального анатомического места. В тех же случаях, когда имеется влагалищная эктопия или значительная гипермобильность мочеиспускательного канала при невыраженных уретрогименальных спаек, гименоластика оказывается неэффективной.

Известен способ транспозиции наружного отверстия. При реализации способа уретру окаймляющим разрезом выделяют на протяжении 1,5-2 см, создают подслизистый тоннель в направлении к клитору, перемещают выделенную уретру в сформированное ложе, где фиксируют за края отверстия, заднюю стенку выделенной уретры фиксируют в проксимальной ее части к паравагинальным тканям и восстанавливают целостность влагалища [9].

Еще один из способов хирургического лечения посткоитального цистита является иссечение уретрогименальных спаек и парауретральная имплантация филлера. Первым этапом проводят иссечение уретрогименальных спаек, а затем производят имплантацию филлера парауретрально. В качестве филлера используют препарат рекомбинантной биodeградируемой гиалуроновой кислоты, который вводят парауретрально веерообразно в количестве 1-2 мл.

Был предложен способ удлинения выделенной уретры тубуляризованным графтом из децеллюляризированной артерии, обработанной стромально-васкулярной фракцией, обогащенной собственными тромбоцитами плазмы крови.

Материал выделялся от человеческих доноров посмертно после исключения противопоказаний к забору [10].

Все перечисленные методы имеют ряд недостатков и приводят к ряду осложнений: большая травматичность операций, что создает условия для нарушения кровоснабжения и несостоятельности швов, развитие стриктур, приводят к анор-газмии из-за нарушения иннервации [9, 10].

Цель. Повысить эффективность лечения женщин, страдающих хроническим рецидивирующим посткоитальным циститом.

Методы исследования. С 2017 года в клинике урологии Гродненского государственного медицинского университета находилось на лечении 28 пациенток с посткоитальным циститом. Возраст пациенток колебался от 20 до 44 лет. До поступления в клинику пациентки безуспешно лечились амбулаторно в течении 9 – 120 месяцев.

Всем проведено общеклиническое и специальное урологическое исследование. При осмотре на гинекологическом кресле оценивали состояние слизистой преддверия влагалища, расположение наружного отверстия уретры, наличие его зияния, уретрогименальных спаек, расстояние от клитора до наружного отверстия уретры, проводили пробу О'Донелл-Хиршхорна. У всех пациенток расстояние между клитором и наружным отверстием уретры превышало 3 см, проба О'Донелл-Хиршхорна – положительная. При цистоскопии у всех пациенток выявлены очаги лейкоплакии в области треугольника Лъето.

Всем пациенткам выполнена симультанная операция – трансуретральная электрокоагуляция очагов лейкоплакии и транспозиция уретры в собственной модификации.

Результаты и их обсуждение. Результаты оценивали через 1, 3 и 12 месяцев после операции.

Отсутствие жалоб и рецидивов цистита после полового акта, отрицательная проба О'Донелл-Хиршхорна расценивались как хороший результат операции.

У 26 пациенток в течении 3-36 месяцев наблюдения (из них 22 наблюдаются не менее 12 месяцев) рецидивов цистита, связанных с половым актом, не было, проба О'Донелл-Хиршхорна – отрицательная.

Интраоперационных осложнений не отмечено. При контрольной цистоскопии через 3 месяца после операции рецидивов лейкоплакии слизистой мочевого пузыря не выявлено.

У 2-х пациенток развилось осложнение в позднем послеоперационном периоде в виде несостоятельности заднего полукольца наружного отверстия уретры с сохранением сформированного мостика.

Выводы. Выводы.

1. Обязательный осмотр на гинекологическом кресле с проведением пробы О'Донелл-Хиршхорна

2. Выполнение цистоскопии позволяет выявить лейкоплакию слизистой мочевого пузыря
3. Оперативное лечение посткоитального цистита в виде транспозиции уретры технически не сложно
4. При выявленной лейкоплакии слизистой мочевого пузыря операция должна быть дополнена трансуретральной электрокоагуляцией очагов лейкоплакии
5. Малое количество наблюдений требует дальнейшего продолжения исследований

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоран О. Б. Хронический цистит у женщин / О. Б. Лоран // Врач. – 1996. – № 8. – С. 6-9.
2. Лоран, О. Б. Роль урогенитальных инфекций в этиологии цистита и необструктивного пиелонефрита у женщин: обзор. Часть 1 / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова, И. В. Косова // Урология. – 2005. – № 2. – С. 74-79.
3. Лоран, О. Б. Роль урогенитальных инфекций в этиологии цистита и необструктивного пиелонефрита у женщин: обзор. Часть 2 / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова, И. В. Косова // Урология. – 2005. – № 3. – С. 63-66.
4. Комяков, Б. К. Экстравагинальная транспозиция уретры в лечении посткоитального цистита / Б. К. Комяков // Урология. – 2013. - № 5. – С. 12-14.
5. Epp, A. Recurrent urinary tract infection / A. Epp [et al.] // J Obstet Gynaecol Can. – 2010. – Vol. 32. – P. 1082–1101.
6. Scholes, D. Risk factors for recurrent urinary tract infection in young women / D. Scholes [et al.] // J Infect Dis. – 2000 – Vol. 182. – P. 1177–1182.
7. Mohsin, R. Recurrent urinary tract infections in females / R. Mohsin, K. M. Siddiqui // J Pak Med Assoc. – 2010. – Vol. 60. – P. 55-59.
8. O'Donell, R. P. Chronic honeymoon cystitis correction by surgery / R. P. O'Donell // Br. J. Sex Med. – 1978. – Vol. 5, № 37. – P. 20.
9. Gvozdev, M. Iu. Transposition of distal urethra in surgical treatment of recurrent lower urinary tract infections in women / M. Iu. Gvozdev [et al.] // Urologiia. – 2000. Vol. 3. – P. 24-27.
10. Комяков, В. К. 228 Results extravaginal transpositions of the urethra / В. К. Комяков // Urological statements. – 2015. – P. 54-55.