

# Рекурентна секс-індукована дизурія у молодих жінок

**В.М. Лісовий, С.В. Андрєєв, Д.А. Щукін, А.І. Гарагатий**  
Харківський національний медичний університет

У роботі наведені результати обстеження та лікування 215 пацієнток репродуктивного віку, які страждають на рекурентну секс-індуковану дизурію. На підставі морфометричного порівняння із 580 здоровими жінками досліджені варіації топології зовнішнього отвору сечовипускального каналу. Вивчено ефективність послідовного застосування поведінкової профілактики та хірургічного лікування в попередженні рецидивів захворювання.

**Ключові слова:** рекурентний цистит, молоді жінки, профілактика, хірургічне лікування.

В урогінекологічній практиці спостерігається значна кількість пацієнток репродуктивного віку, які перманентно висувують скарги іритативного характеру, що зазвичай інтерпретуються лікарями як банальний цистит/уретрит з відповідним антибактеріальним лікуванням. Стандартна терапія як правило, надає позитивний, але тимчасовий ефект, а клініко-мікробіологічне обстеження не виявляє значущих патологічних відхилень. Наразі існує багато термінів, що тлумачать цей стан у жінок: «жіночий уретральний синдром», «цисталгія», «цистопатія», «асептичний уретрит/цистит», «невралгія сечового міхура», «генітально-міхурова дисфункція» тощо [3, 5]. Ми вживаємо термін «рецидивні (рекурентні) неускладнені інфекції нижніх сечових шляхів» (РІНСШ), що об'єднує наведені поняття [9].

Домінуючою причиною реінфікування сечового тракту є статеві контакти [10]. Такі пацієнтки, переносячи фізичні і моральні страждання через дизурію, нерідко ухиляються від інтимної близькості, що негативно відбивається на їхньому психологічному стані, вносить дисгармонію і елемент конфліктності в сімейні стосунки [3].

Реінфікуванню насамперед сприяють анатомо-фізіологічні особливості жіночого організму (короткий і широкий сечівник, його близькість до природних мікробних резервуарів), а також варіації топології зовнішнього отвору сечовипускального каналу: вагінальна ектопія і/або гіпермобільність сечівника, яка тісно пов'язана з присутністю уретро-гіменальних спайок (УГС) [1, 3].

Лікування жінок, що страждають на рекурентну секс-індуковану дизурію (РД), це нетривіальне завдання. Найбільш поширеними є схеми посткоїтального призначення антибактеріальних препаратів. Проте, у третині випадків превентивна терапія не дає очікуваного ефекту, але спричинює селекцію резистентних штамів збудників і побічні ефекти [9]. Крім того, такі режими, як правило, економічно маловигідні.

В останні роки набули розвитку різні методики хірургічного лікування, загальними рисами яких є резекція УГС, циркулярна мобілізація дистального відділу сечівника і транспозиція його ближче до клітора [1, 2, 4, 6]. Їхніми основними недоліками є необхідність в циркулярному виділенні сечівника з ризиком порушення кровопостачання і іннервації, неспроможності швів, розвитку стриктур або рецидиву захворювання [2, 6].

Очевидно, що тактика перманентного купірування загострень захворювання безперспективна, а вирішення проблеми

знаходиться в площині превентивних заходів (будь-то поведінкових, лікарських або хірургічних), що знижують ризик рецидивів. Однак наразі відсутні єдині погляди і методології щодо медикаментозної чи хірургічної профілактики, показань до тієї чи іншої методики, що актуалізує подальше вивчення проблеми.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Досліджено 215 пацієнток, які страждають від РД, з них 57 народжували (вік  $24,9 \pm 3,8$ ). Виконано морфометричне обстеження 580 відносно здорових жінок (208 народжували) для уточнення топографо-анатомічних відмінностей зовнішніх статевих органів як потенційних діагностичних критеріїв.

Збіг терміну виникнення захворювання з початком регулярного статевого життя мав місце в 75%. Тривалість захворювання від 1,5 до 15 років, частота рецидивів – від 3–4 на рік (60%) до щомісячних і щотижневих епізодів (40%). Абсолютно всі пацієнтки з РД раніше неодноразово обстежувалися, лікувалися, але не мали специфічних урогенітальних інфекцій.

Проведено стандартне клінічне, мікробіологічне, імунологічне, урофлоуметричне, ультразвукове, ендоскопічне, рентгенологічне, гістологічне і оригінальне морфометричне обстеження.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Традиційне мікробіологічне обстеження при РД виявлялося малоінформативним навіть за наявності іритативної симптоматики і характеризувалося низькою частотою бактеріурії (34,9%), видовим розмаїттям, малозначущим рівнем бактеріального обмінення сечі ( $\leq 10^3$  КУО/мл), ідентичністю з вагінальним біотопом в 82,3%. У мікробному пулі переважали представники сапрофітної умовно-патогенної факультативно анаеробної кокової флори, гриби роду *Candida* і грамнегативні бактерії з кишкової групи: *Staphylococcus epidermidis*; *Candida albicans*; *Peptostreptococcus*; *Escherichia coli*; *Peptococcus*; *Bacteroides*; *Streptococcus epidermidis*; *Streptococcus faecalis*; *Enterobacter cloacae*; лактобактерії. Це свідчило про додаткові фактори періодичних епізодів дизурії і про основні джерела інфікування сечового тракту – піхву і травний тракт (ТТ).

У жінок з РД простежувався зв'язок розвитку захворювання з анатомічними особливостями присінка піхви – вагіальною ектопією ( $\chi^2=114,53$ ;  $p<0,001$ ) і надмірною рухливістю вихідного відділу сечівника у присутності УГС, але лише в поєднанні з позитивною пробою О'Доннелл ( $\chi^2=91,80$ ;  $p<0,001$ ). Але зовнішній огляд пацієнток з РД виявив наявність вагіальної ектопії сечівника – ВЕС (локалізація зовнішнього отвору сечівника проксимально від площини входу в піхву) в 45,6%; позитивний характер проби О'Доннелл – в 51,2%. Для визначення більш постійної анатомічної ознаки розвитку захворювання проведено порівняльне морфометричне дослідження величини урет-

ро-кліторального проміжку (УКП) у 215 пацієнок з РД і 580 здорових жінок.

За допомогою лінійки вимірювали відстань між головою клітора і центром отвору сечівника. Встановлено, що при РД величина УКП більша за 3 см, а для здорових жінок – 3 см і менше ( $\chi^2=403,84$ ;  $p<0,001$ ). Із збільшенням УКП, сильніше виявлялася лійкоподібна конфігурація інтроїтусу, ближче розташовувалися одне до одного отвір сечівника і піхва, був коротшим сечівник за даними УЗД, тоншою уретровагінальна перегородка, але менш розвиненими УГС (коєфіцієнти кореляції Пірсона і Спірмена  $-0,347$  і  $-0,487$  відповідно;  $p<0,01$ ).

Розміри статевого члена (за результатами орієнтовної оцінки статевими партнерками) виявилися співставними –  $15,3\pm 1,8$  проти  $14,7\pm 1,7$  см ( $p>0,05$ ) для жінок з РД і здорових осіб, що виключає значущість фалічного фактора в генезі РД ( $\chi^2=0,69$ ;  $p>0,05$ ). Проте, відзначено, що при статевому члені більше 18 см частіше виникає спорадична дизурія у жінок.

Доказами анатомічних передумов РД (уретрального рефлюксу) стали:

- достовірне підвищення частоти бактеріурії до 70,1% проти 22,2% у здорових жінок до рівня  $\leq 103$  КУО/мл;
- виявлення в сечі сапрофітних мікроорганізмів – типових представників вагінальної мікрофлори: лактобацили, *Staphylococcus* et *Streptococcus epidermidis*; *Corynebacterium vaginalis*; *Peptostreptococcus*; *Bacteroides*, *Candida* та ін.;
- дрейф показника рН у вихідному відділі сечівника в бік кислої реакції, більш характерної для піхви ( $5,3\pm 0,5$  проти  $6,2\pm 0,4$ ,  $p<0,05$ );
- негативна кореляційна залежність між величиною УКП і показником рН у сечівнику – коефіцієнти лінійної кореляції Пірсона і рангової кореляції Спірмена  $-0,350$  і  $-0,231$  відповідно ( $p<0,05$ );
- відсутність значущих відмінностей зі здоровими жінками в частоті виявлення мікроорганізмів в сечі ( $\chi^2=1,86$ ;  $p>0,05$ ) і параметрам рН в дистальному відділі сечівника –  $5,9\pm 0,5$  проти  $6,4\pm 0,4$  відповідно ( $p>0,05$ ).
- клінічна ефективність хірургічної корекції – транспозиції дистального відділу сечівника.

Свідченням хіміко-біологічного ушкодження покривного шару внаслідок рефлюкс-уретриту стало посилення десквамації епітелію, посткоїтальний дрейф рН у сечівнику в кислий бік і пригнічення утворення секреторного IgA, що формує сприятливі умови для бактеріальної колонізації і інвазії сечівника вагінальною флорою, супроводжується скороченням періодів ремісії та погіршенням загального самопочуття жінок поза загострень, розвитком у низці випадків персистивної запальної реакції.

Причиною іритативної симптоматики (при нормальному аналізі сечі) є хіміко-біологічне подразнення рецепторного апарату сечівника, а мікробна контамінація сечівника – висхідного інфікування і запальних ускладнень.

Лікувальна тактика передбачала використання превентивних заходів, спрямованих на зниження інтенсивності патологічного уретрального рефлюксу та/або ліквідацію анатомічних умов для його розвитку.

Принциповими моментами поведінкової профілактики є інформованість пацієнтки про наявність схильності до РД; нівелювання впливу додаткових факторів і подразників, що призводять до мікробного обсіменіння і дизурії (корекція сексуальних патернів і гігієнічних надмірностей); полегшення умов для введення статевого члена в піхву і його ковзання; природне механічне вимивання вагінальних виділень, що потрапили в сечівник, потоком сечі (посткоїтальне сечовипускання); максимальне знищення бактеріальної флори в місці втручання (антибактеріальний крем). Все це є альтернативою системному посткоїтальному профілактичному вживанню антибіотиків.

Примітно, що поведінкова профілактика була початково розроблена як підготовчий санаційний захід до хірургічного лікування, але в процесі дослідження і спостереження з'ясувалося, що вона дуже ефективна і в якості самостійної терапевтичної методики, що дозволяє досягти позитивних результатів у більшості жінок, які страждають на РД. Із 125 пацієнок, які застосовували поведінкові рекомендації, у 32,0% зафіксовано стійку клінічну ремісію, у 38,4% – суттєве поліпшення. Ефективність поведінкової профілактики залежала від скрупульозності дотримання жінкою рекомендованих заходів, від давності захворювання – найбільш дієва в термін до 5 років від початку захворювання ( $p<0,001$ ); від ступеня вираженості ВЕС (менш ефективна при УКП  $\geq 4,0$  см;  $p<0,001$ ).

У 29,6% особливого успіху досягнуто не було, що стало мотивацією до хірургічного лікування. Оперативне лікування виконали 32 (14,9%) пацієнткам з РД. Застосовано розроблену оригінальну методику [7], що включає: транспозицію вихідного відділу сечівника без циркулярної мобілізації, висічення УГС і прилеглого клаптя піхви (так званого уретрального кіля) разом з додатковими парауретральними утвореннями (складки, залози, протоки Скене).

За результатами гістологічного дослідження в 15 (65,2%) з 23 спостережень були ознаки персистенції запальної реакції в періуретральних тканинах (набряк, повнокров'я судин, лейко-лімфоцитарні інфільтрати, потовщення підслизової основи та ін.), при збереженні морфологічної архітекτονіки. У більш пізніх спостереженнях (9) вже виявлялися дегенеративні зміни, що відповідають хронічній запальної реакції: дифузно-вогнищева, периваскулярна лімфоплазмноклітинна інфільтрація, зростаючий фіброз строми, дистрофічні зміни в структурі судин і нервових волокон тощо.

Післяопераційна реабілітація перебігала у всіх пацієнок без ускладнень. Конфігурація сечових шляхів за даними морфометрії і контрольних ультразвукових сканувань відповідали параметрам норми, УКП –  $2,3\pm 0,3$  см,  $Q_{max}$  – більше 15 мл/с. У 27 (84,4%) спостереженнях настало стійке клініко-мікробіологічне вилікування. При цьому в 5 (18,5%) випадках протягом першого року після операції мали місце поодинокі епізоди РД (1 і 2), що потребувало консервативного лікування, після чого рецидивів не виникало.

Якість сексуального життя покращилася у всіх спостереженнях. До цього моменту вагітність настала у 7 жінок, 5 пацієнок народили здорових дітей природним способом без будь-яких ускладнень.

## ВИСНОВКИ

Медична допомога пацієнткам з рекурентною секс-індукованою дизурією є ефективною при використанні профілактичних заходів (поведінкова профілактика), що запобігають або знижують вплив патологічного секс-індукованого уретрального рефлюксу, а за їхньої неефективності – хірургічного лікування, що забезпечує одужання або значне клінічне поліпшення в 70,4% і 100,0% випадків. Хірургічне втручання служить методом вибору за наявності анатомічних передумов. Показаннями до операції можуть бути: неефективність поведінкової профілактики; скорочення періодів ремісії, повторні атаки піелонефриту; стійка бактеріурія; хронізація запального процесу; сексуальна, психологічна та побутова дезадаптація пацієнок.

Термін «рекурентний секс-індукований рефлюкс-уретрит» (або просто рефлюкс-уретрит) найбільш точно свідчить про основний причинно-наслідковий механізм захворювання і необхідність відповідної лікувальної тактики. Висхідний цистит чи піелонефрит є лише ускладненням цього захворювання.

**Рекуррентная секс-индуцированная дизурия у молодых женщин****В.Н. Лесовой, С.В. Андреев, Д.А. Щукин, А.И. Гарагатий**

В работе приведены результаты обследования и лечения 215 пациенток репродуктивного возраста, страдающих рекуррентной секс-индуцированной дизурией. На основании морфометрического сравнения с 580 здоровыми женщинами исследованы вариации топологии наружного отверстия мочеиспускательного канала. Изучена эффективность последовательного применения поведенческой профилактики и хирургического лечения в предупреждении рецидивов заболевания.

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

**Recurrent sex-induced dysuria in young women****V.N. Lesovoi, S.V. Andreyev, D.V. Schukin, A.I. Garagatiy**

The article presents the results of examination and treatment of 215 patients of reproductive age with recurrent sex-induced dysuria. On the basis of morphometric comparison with 580 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 авторах**

**Лесовой Владимир Николаевич** – Харьковский национальный медицинский университет, 61022, г. Харьков, проспект Ленина, 4

**Андреев Сергей Вячеславович** – Харьковский национальный медицинский университет, 61022, г. Харьков, проспект Ленина, 4

**Щукин Дмитрий Владимирович** – Харьковский национальный медицинский университет, 61022, г. Харьков, проспект Ленина, 4

**Гарагатий Артем Игоревич** – Харьковский национальный медицинский университет, 61022, г. Харьков, проспект Ленина, 4. E-mail: igaragatiy@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. – Ч. II. – СПб, 2009. – № 1 (25). – С. 814.
7. Спосіб лікування вагінальної ектопії зовнішнього отвору сечовипускного каналу у жінок: Патент 51783 Україна МПК (2009) А61В 17/00 // Лісовий В.М., Гарагатий І.А., Тучкіна І.О., Андреев С.В., Лісова М.А., Гарагатий А.І. – Опубл. 26.07.2010. – Бюл. № 14. – 4 с.
8. Archimbaud Jean-Pierre. La méatosectomie avec urétrostomie périnéale: traitement des cystites récidivantes de la femme / Archimbaud Jean-Pierre, Gerard Thierry, Martin Xavier Jean-Baptiste // Progrés 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.

Статья поступила в редакцию 23.09.2014