

# ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВАГИНАЛЬНОЙ ЭКТОПИИ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН С ПОСТКОИТАЛЬНЫМ ЦИСТИТОУРЕТРИТОМ

*В.Н. Лесовой, И.А. Гарагатый, С.В. Андреев, И.А. Тучкина*  
*Харьковский национальный медицинский университет.*  
*Харьковский областной клинический центр*  
*урологии и нефрологии им.В.И.Шановала.*

**Введение.** Рецидивирующие инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин остаются одной из наиболее актуальных проблем урологии, которые выявляются у 25-35% женщин репродуктивного возраста (Локшин К.Л., 2006, Лоран О.Б., 2008, Stratton C.W., 1996).

Одной из причин этого страдания является влагалищная эктопия наружного отверстия уретры (расположение его на границе с входом во влагалище), как правило, сочетающаяся гипермобильностью за счет наличия уретро-гименальных спаек (УГС) – остатков девственной плевы (Лоран О.Б., 2008). При этом во время половых актов происходит смещение наружного отверстия уретры во влагалище с одновременным его открытием, что способствует проникновению кислого вагинального содержимого, и микрофлоры в просвет мочеиспускательного канала, инфицированию парауретральных желез и, в конечном счете, постоянной дизурии и персистенции воспалительного процесса. Женщины испытывают физические и моральные страдания, нередко развиваются нарушения сексуальной функции и даже полный отказ от половой жизни. Поэтому, без устранения причины заболевания лечение указанной патологии зачастую бесперспективно.

Ранее предложены различные методы оперативной коррекции, общими чертами которых является резекция УГС, циркулярная мобилизация дистального отдела уретры и транспозиция его ближе к клитору (Гвоздев М.Ю. и соавт., 2000, Гумин Л.М. и соавт., 2008, Лоран О.Б., 2008, Нестеров С.Н. и соавт., 2009). К их недостаткам следует отнести травматичность мобилизации уретры, чрезмерное ее натяжение, ненадежность фиксации, что создает условия для нарушения кровоснабжения и несостоятельности швов, а так же развития стриктур или рецидива эктопии в пос-

ледующем.

Недостаточная осведомленность практических врачей (как урологов, так и гинекологов) о данной патологии, а также относительная легкость консервативного копирования обострения (хотя и временного) усугубляют проблему и влекут ошибочные направления в лечебной тактике.

Целью данной работы стало лечение рецидивирующих неспецифических посткоитальных цистоуретритов (ПКЦУ) путем внедрения нового способа хирургической коррекции влагалищной эктопии наружного отверстия уретры.

**Материалы и методы.** Суть операции заключается в транспозиции наружной части уретры (включая рассечение УГС) без необходимости циркулярной ее мобилизации или противоестественного удлинения. Техника операции: под дистальной частью уретры отсепааровывают треугольный лоскут стенки влагалища вершиной книзу, в углах которого пересекают УГС, высвобождая нижнюю полуокружность дистальной уретры. Затем в уретро-клиторальном промежутке двумя поперечными полукруглыми разрезами смыкающимися книзу иссекают мягкие ткани в направлении уретры на глубину до 1 см. Мобилизованную уретру фиксируют к верхней стенке раны, которая повторяет контуры наружного отверстия. Культю УГС сшивают под уретрой, формируя опору для нее в виде «гамака». Дефект влагалища ушивали в продольном направлении. Таким образом, разобщаются дистальная часть уретры и влагалищный вход, что препятствует проникновению инфекционного агента из половых путей во время половых актов.

Объектом исследования стали 34 пациентки в возрасте  $25,7 \pm 5,4$  лет с рецидивирующими ПКЦУ (основная группа), 7 из которых подверглись хирургическому лечению, и 67 здоровых женщин в

возрасте  $30,4 \pm 8,1$  лет (контрольная группа). Ведущей жалобой явился дискомфорт при мочеиспускании (рези, боль, учащенное мочеиспускание, «мутный» цвет мочи и др.), развивающийся после половых контактов. В 19 случаях имели место атаки пиелонефрита, причем у 10 лиц они возникали с периодичностью 2-3 раза в год, а в 7 случаях установилась стойкая бактериурия. У всех пациенток исключены врожденные аномалии мочевых путей и специфическая инфекция.

Комплекс обследования включал общеклинические, морфометрические, микробиологические исследования, ультразвуковое сканирование и урофлоуметрию.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате предпринятого исследования анамнестически выявлена прямая связь времени возникновения заболевания с началом половой жизни и развитие симптоматики через небольшой промежуток времени после каждого полового контакта. Из 34 пациенток основной группы указанные явления наблюдались в 91,2%. Лишь в трех наблюдениях имелась стойкая бактериурия и проявления пиелонефрита без четкой связи с половыми контактами. Практически все пациентки основной группы неоднократно получали курсы антибактериальной терапии, приносившей лишь кратковременный эффект. При микробиологическом обследовании половых партнеров, как правило, патология не выявлялась. Нередко женщины избегали сексуальной близости, что приносило облегчение, но влекло семейные ссоры, чувство ущербности и неполноценности.

При осмотре у 88,2% пациенток основной группы визуализировать наружное отверстие уретры было затруднительно, оно «терялось» в миртовидных сосочках остатков девственной плевы. У 79,4% выявлены «мощные» УГС. При оттягивании книзу задней влагалищной стенки выявлялось зияние наружного отверстия уретры за счет натяжения УГС (55,8%). При введении пальца во влагалище наружное отверстие уретры перемещалось внутрь и книзу, становясь недоступным визуализации (100,0%).

У пациенток с вагинальной эктопией уретры уретро-клиторальный промежуток (УКП) был достоверно больше, чем у здоровых женщин ( $3,4 \pm 0,4$  см против  $2,3 \pm 0,4$  см,  $p < 0.001$ ).

Результаты промежностного ультразвукового сканирования и урофлоуметрии не выявили, каких либо существенных межгрупповых отличий.

Конфигурация мочевых путей, длина уретры и угол ее отхождения не отличались от контрольных параметров. Максимальная скорость потока мочи ( $Q_{max}$ ) во всех наблюдениях превышала 15 см/сек.

Анализ микробиологических показателей не установил существенных различий в качественных характеристиках вагинального биотопа у обследованных лиц. Ведущим компонентом микробиоциноза в обеих группах явились лактобактерии, сапрофитная стрепто- и стафилококковая инфекция, кишечная палочка, сочетающиеся с облигатно анаэробной флорой, и грибами рода *Candida*. Вместе с тем у пациенток основной группы абсолютно преобладали дисбиотические варианты вагинального биотопа – элиминация лактобактерий, поликомпонентные сочетания условно-патогенных бактерий с ферментативно активными анаэробами (*Peptostreptococcus*, *Peptococcus*, *Bacteroides*) и присутствие *Candida albicans*, что благоприятствует микробной персистенции. В 80-90% случаев микрофлора обладала резистентностью к антибактериальным препаратам, что объяснимо предшествовавшим длительным приемом антибиотиков. В контроле, число устойчивых штаммов находилось в пределах 40-50%. При бактериурии у пациенток основной группы идентифицированы микроорганизмы, присутствовавшие и в вагинальном биотопе, что подтверждает восходящий путь инфицирования.

Хирургической коррекции по описанной методике было подвергнуто 7 пациенток основной группы. Результатом лечения при сроках наблюдения от двух месяцев до одного года стали клиническое выздоровление и восстановление полноценной сексуальной жизни во всех случаях. Лишь в одном наблюдении женщину изредка беспокоит чувство жжения в уретре после полового контакта, которое самостоятельно проходит в течение 3-5 минут без какого-либо лечения. Контрольные микробиологические обследования не выявили клинически значимой бактериурии. Конфигурация мочевых путей, длина уретры и угол ее отхождения по данным морфометрии и контрольных ультразвуковых сканирований соответствовали норме у всех оперированных пациенток, УКП составлял  $1.8 \pm 0,3$  см.

**Выводы.** Вагинальная эктопия уретры, осложненная рецидивирующей посткоитальной мочевой инфекцией, – страдание, зачастую требующее хирургической коррекции, консервативное

лечение которой практически бесперспективно.

Наиболее значимыми признаками заболевания являются увеличение уретро-клиторального промежутка более 3 см, наличие УГС, зияние и гипермобильность дистального отдела уретры, выявление идентичных микроорганизмов в моче и посевах из влагалища.

Предложенный вариант операции может служить методом выбора лечения вагинальной

эктопии уретры, осложненной посткоитальным цистоуретритом, поскольку позволяет эффективно достичь хирургического разобщения патологических взаимодействий дистальной части уретры и влагалищного входа, при этом лишен ряда недостатков предложенных ранее аналогов.

**Ключевые слова:** посткоитальный цистоуретрит, влагалищная эктопия наружного отверстия уретры, хирургическое лечение.

УДК 616.617:616.61:616-089.847

## СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ПРОХІДНОСТІ СЕЧОВОДУ ЄДИНОЇ НИРКИ

*\*К.Л. Лонський, \*\*Г.Я. Костюк, \*\*Л.Й. Лонський*

*\* Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І.Пирогова*

*\*\*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова*

**Актуальність.** Не дивлячись на значні досягнення у відновленні пасажу сечі після реконструктивних оперативних втручань на сечоводах це питання повністю не вирішене і потребує подальших досліджень.

Особливого значення набуває реконструкція сечоводу при його патології в умовах єдиної нирки. Очевидним є і те, що втрішити її це питання без експериментальних досліджень неможливо. Практично те, що у відновлюваній хірургії сечоводу найважчим є заміна його поперекового відділу, ні у кого не викликає сумнівів. При циркулярному дефекті цієї ділянки, що перевищує 3см, часто практично не вдається відтворити безперервність сечоводу ні через шов культивів, ні за допомогою регенерації на шинуючому катетері. У цих випадках при нестабільності його швів доводиться виконувати нефректомію, якщо до цього немає протипоказів, або провести заміну цієї ділянки трансплантатом з тонкої кишки, особливо у випадку при наявності однієї нирки(Карпенко В.С., 2001).

**Мета дослідження.** Як вказують багатогранні досліді, заміна сечоводу або його частини різними трансплантатами (матковою трубою, апендиксом, веною, різного роду штучними трубами та ін.) не вийшло за межі казуїстики. І ні один з перерахованих протезів не виконують своєї функції ідеально. Кращі результати по відновленню пасажу сечі дають трансплантати з тонкої кишки(Карпенко В.С., 2001, Кирпатовс-

кий В.И. и соавт., 2000).

Але цей метод не є фізіологічним і не в повному обсязі попереджує розвиток вторинної інфекції та поступової загибелі нирки, хоча на сьогоднішній день цей спосіб є найбільш адекватним(Комяков Б.К. и соавт., 2005).

На нашу думку ідеальний протез повинен бути достатньо наближеним за своєю анатомічною будовою, фізіологічною здатністю та розмірами, також не повинен мати антигенних властивостей. Таким протезом для заміни дефектів сечоводу міг би бути власний трансплантат сечоводу. Після видалення з різних причин нирки у хворих залишається ділянка сечоводу, яка при рівних умовах знову може бути використана в якості трансплантату для заміщення дефекту сечоводу на протилежному боці. Ділянка залишеного сечоводу не заростає і продовжує зберігати свої перистальтичні хвилі.

Тому, власне метою нашої роботи є встановлення можливості використання конралатеральної ділянки сечоводу видаленої нирки для заміни дефекту сечоводу.

**Матеріали та методи.** Для досягнення досягненої поставленої мети нами було використано в досліді 10 безпорідних собак масою від 15-30кг. Перед операцією виконували премедикацію розчином димедролу та аміназину. Знеболювання проводили внутрішньоплевральним введенням розчину тіопенталу натрію з розрахунку 40мг на 1 кг маси тіла тварини. В разі потреби знеболювання