



Женская гипоспадия как причина рецидивирующего цистита: диагностика и лечение

Д.м.н., проф. Т.И. ДЕРЕВЯНКО

*Женская гипоспадия нередко является одной из причин рецидивирующих циститов. Наружное отверстие уретры при женской гипоспадии расположено аномально, нередко у входа во влагалище или на его передней стенке. Таким образом, вся влагалищная флора ретроградно через миатус и укороченную уретру мигрирует в мочевой пузырь, становясь пусковым механизмом хронического рецидивирующего цистита. Возбудителями воспалительного процесса в мочевом пузыре могут быть *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida alb.* в сочетании с *E. coli* и другими грамотрицательными бактериями.*

Под наблюдением находились 82 пациентки в возрасте от 16 до 58 лет, страдающие хроническим рецидивирующим циститом. У всех пациенток с помощью методики О'Доннел-Хиршхорна была диагностирована женская гипоспадия в виде эктопии наружного отверстия уретры в область преддверия влагалища и передней стенки влагалища. Идентификация урогенитальной инфекции проводилась путем исследования содержимого наружного отверстия уретры и влагалища методом ПЦР. У всех пациенток первый эпизод острого цистита в анамнезе совпал с дебютом половой жизни. В дальнейшем обострения хронического цистита, как правило, совпадали со сменой полового партнера или увеличением интенсивности половой жизни. При хроническом рецидивирующем цистите и эктопии наружного отверстия уретры (женской гипоспадии) рекомендуется оперативное лечение с периоперационной противовоспалительной терапией и ранней послеоперационной профилактикой рубцовых осложнений в области транспозиции миатуса препаратом Лонгидаза 3000 МЕ курсом 5 инъекций в/м 1 раз в 5 дней, затем 10 ректальных суппозиториев 1 раз в 3 дня.

Введение

Проблема хронического цистита остается весьма актуальной. Хронический цистит – это одно из наиболее распространенных инфекционно-воспалительных заболеваний мочевой системы у женщин, которое характеризуется длительным рецидивирующим течением, приводит к снижению работоспособности и качества жизни женщины. Цистит является полиэтиологическим заболеванием. По классификации, предложенной О.Б. Лораном, хронический цистит подразделяется следующим образом.

1. Хронический латентный цистит:
 - а) со стабильно латентным течением (отсутствие жалоб, лабораторных и бактериологических данных. Воспалительный процесс выявляется только эндоскопическим методом);
 - б) с редкими обострениями (активизация воспаления по типу острого, но не чаще 1 раза в год);
 - в) с частыми обострениями (2 раза и более в год по типу острого и подострого цистита).
2. Собственно хронический цистит (персистирующий), который характеризуется положительными лабораторными и эндоскопическими данными, персистирующей симптоматикой при отсутствии нарушения резервуарной функции мочевого пузыря.
3. Интерстициальный цистит. Проявляется стойким болевым



симптомокомплексом, выраженной симптоматикой и нарушением резервуарной функции мочевого пузыря [1].

По определению Н.А. Лопаткина, цистит – это инфекционно-воспалительный процесс в стенке мочевого пузыря, преимущественно в слизистой оболочке [2]. Цистит – очень распространенное заболевание у женщин: частота заболеваемости среди женщин 20–40 лет составляет 25–35%. Около 30% женщин на протяжении своей жизни хотя бы раз заболевают острым циститом. В России ежегодно диагностируется до 36 млн случаев заболевания. У 50% девочек и 21% женщин хронический цистит сопровождается вульвитом или вульвовагинитом. Хронический вульвовагинит в сочетании с нефроурологической патологией, по данным литературы, встречается у 42,2% больных. У 66,7% женщин с вульвовагинитом в моче обнаружены те же микроорганизмы, что и во влагалище [3]. Возбудители хронической рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей, как правило, проникают в мочевой пузырь различными путями: восходящим (уретральный) – из мочеиспускательного канала, аногенитальной области; нисходящим – из почки и верхних мочевых путей; лимфогенным – из соседних тазовых органов. Восходящий путь проникновения инфекции в мочевой пузырь у женщин встречается наиболее часто. Факторами, обуславливающими более частое развитие цистита у женщин по сравнению с мужчинами [2], являются анатомические особенности мочеиспускательного канала – его небольшая длина и близкое расположение к анальному отверстию и влагалищу, которые могут быть потенциальными источниками уропатогенных микроорганизмов. Весьма частой причиной острого и хронического рецидивирующего цистита у женщин является аномалия в виде женской гипоспадии (эктопии наружного отверстия уретры в преддверие вла-

лица и на его переднюю стенку) [4]. Это обусловлено эмбриональным недоразвитием уретры и в последующем – значительным укорочением ее длины. Со временем в аномально расположенный миатус попадает содержимое влагалища, особенно при интенсивной половой жизни, что становится основной причиной хронического рецидивирующего цистита у данных пациенток. С возрастом интенсивности половой жизни у взрослых пациенток, частоты коитуса и смены половых партнеров количество рецидивов хронического цистита также увеличивается. В детском возрасте следствием женской гипоспадии является хронический рецидивирующий вульвовагинит, обусловленный затеканием мочи во влагалище девочки. Моча в данном случае является питательной средой для размножения бактерий и развития хронических рецидивирующих вульвовагинитов.

Женская гипоспадия как причина хронического рецидивирующего цистита освещается в урологической литературе нечасто, и должного внимания хирургическому лечению этой проблемы не уделяется. Пациентки с данной аномалией нередко страдают не только хроническими рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей, но и репродуктивными проблемами. Нами было проведено исследование с целью повышения эффективности диагностики и хирургического лечения хронических рецидивирующих циститов у женщин с влагалищной эктопией наружного отдела уретры, а также снижения процента рубцовых осложнений послеоперационной области.

Материалы и методы

У нас наблюдались 82 пациентки женского пола в возрасте от 16 до 58 лет, страдающие рецидивирующим хроническим циститом. 52 пациенткам произведено хирургическое лечение, 30 пациенток хирургическому лечению не

нами было проведено исследование с целью повышения эффективности диагностики и хирургического лечения хронических рецидивирующих циститов у женщин с влагалищной эктопией наружного отдела уретры, а также снижения процента рубцовых осложнений послеоперационной области.

подвергались, а получали консервативную терапию. Длительность заболевания составила от 1 года до 28 лет, начало заболевания у всех пациенток совпало с началом половой жизни, а обострения возникали после полового акта. В 100% случаев была выявлена влагалищная эктопия наружного отверстия уретры и наличие хронической инфекции нижних мочевых путей. У 78 (95%) больных отмечалась врожденная аномалия в виде эктопии наружного отверстия уретры и хронический рецидивирующий цистит в течение многих лет. У 4 (5%) пациенток возникновение явлений хронического рецидивирующего цистита, регулярно обостряющегося после полового акта, было вызвано родами естественным путем. Роды осложнились разрывами и образованием рубцовых тканей, находящихся близко к наружному отверстию уретры, в результате чего наружное отверстие уретры было фиксировано к передней стенке влагалища, то есть диагностировалась его влагалищная эктопия. Все пациентки отмечали обострения и рецидивы хронического цистита с увеличением интенсивности и частоты половой жизни. План обследования включал в себя анализ жалоб пациенток, анамнез заболевания с уточнением дебюта цистита и его связи с началом половой жизни, выявление взаимосвязи обострений хрониче-



Рис. 1. Проба О'Доннел-Хиршхорна. Два пальца введены во влагалище. Наружное отверстие уретры стало зиять и сместилось ко входу во влагалище, на его переднюю стенку

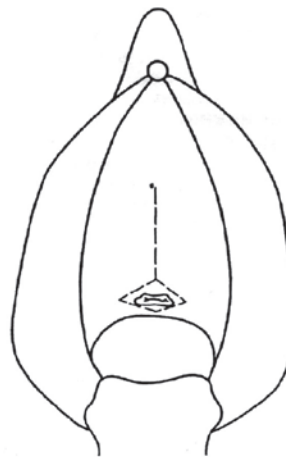


Рис. 2. Разрез передней стенки влагалища (или мочепоолового синуса)

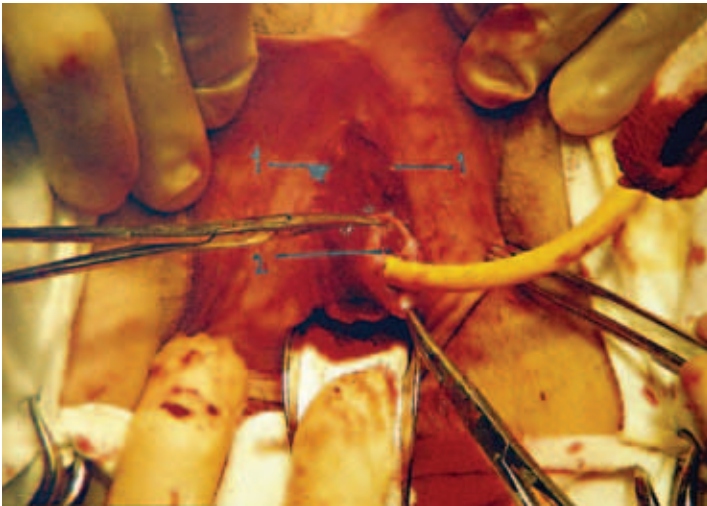


Рис. 3. Мобилизация дистального отдела уретры: слева – фотография, справа – схема

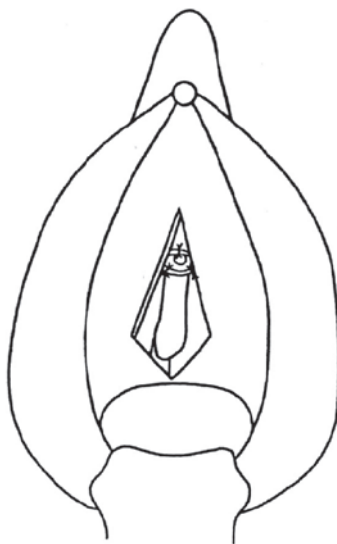


Рис. 4. Фиксация наружного отверстия уретры у верхнего края разреза влагалища

ского цистита с интенсивностью половой жизни, а также наличия урогенитальных инфекций. При заборе материала из цервикального канала, уретры и в моче методом молекулярной диагностики (ПЦР) определялись следующие урогенитальные инфекции: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Micoplasma hominis*, а также проводились микроскопическое и бактериологическое исследования содержимого влагалища для определения *Trichomonas vaginalis*, грибов рода *Candida*, *Gardnerella vaginalis* и другой аэробной и анаэробной условно-патогенной микрофлоры.

Лейкоцитурия присутствовала у всех обследуемых женщин. У 72 (89%) женщин фертильного возраста, активно живущих половой жизнью, при молекулярно-биологическом исследовании мочи было выявлено наличие влагалищной условно-патогенной микрофлоры и инфекционных агентов в клинически значимых титрах: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Micoplasma hominis* в сочетании с *E. coli* и другими грамотрицательными бактериями, а также *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, грибы рода *Candida*. Патогенная микрофлора мочи, уретры и соскоба из влагалища, как правило, была идентичной и становилась этиологической причиной хронического рецидивирующего цистита.

Бактериурия, представленная *E. coli*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella* и *Proteus mirabilis*, без сочетания с патогенной микрофлорой влагалища, присутствовала у 18 (22%) больных с эктопией наружного отверстия уретры. Всем пациенткам для подтверждения диагноза эктопии наружного отверстия уретры выполнялось пальцевое исследование по методике О'Доннел-Хиршхорна (рис. 1). По мнению Н.А. Лопаткина, при хроническом рецидивирующем цистите у женщин для диагностики эктопии наружного отверстия уретры необходимо проводить исследование по методике О'Доннел-Хиршхорна. Это позволяет выявить геминourethральные спайки, приводящие к интравагинальному смещению и зиянию наружного отверстия уретры. При коитусе влагалищная эктопия наружного отверстия уретры способствует инфицированию нижних мочевых путей у женщин. Доказанная связь влагалищной эктопии наружного отверстия уретры с рецидивирующим течением хронического цистита диктует необходимость оперативного вмешательства в виде транспозиции дистального отверстия уретры [2].

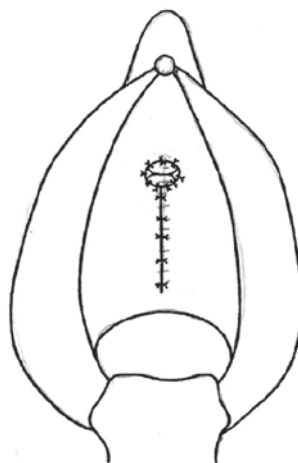


Рис. 5. Перемещенное наружное отверстие уретры и ушитая рана влагалища: слева – фотография, справа – схема

Пациенткам с диагностированной женской гипоспадией в виде влагалищной эктопии наружного отверстия уретры выполнялось хирургическое лечение: транспозиция наружного отверстия уретры и ее дистального отдела в типичное место по методике, предложенной М.Ю. Гвоздевым, О.Б. Лораном, Л.М. Гуминым, В.В. Дьяковым [3]. Схемы и фотографии представлены на рисунках 2–5.

Хирургическое лечение выполнялось в плановом порядке после предварительной санации области наружного отверстия уретры и влагалища, учитывая спектр выявленных возбудителей урогенитальных инфекций, способствующих развитию хронического рецидивирующего цистита. Все пациентки, которым было произведено хирургиче-

ское лечение в виде транспозиции наружного отверстия уретры в типичное место, были разделены нами на 2 группы. Первая группа (30 человек) – больные, которым в раннем послеоперационном периоде проводилась активная профилактика осложнений в виде разрастания патологической соединительной ткани (рубцовых изменений) препаратом Лонгидаза 3000 МЕ по схеме: 5 инъекций в/м 1 раз в 5 дней, затем 10 ректальных суппозиторов 1 раз в 3 дня. Вторую группу составили 22 женщины, у которых хирургическое лечение по той же методике не сопровождалось по тем или иным объективным причинам активной профилактикой послеоперационных рубцовых осложнений.

Результаты и обсуждение

Все пациентки наблюдались в течение 4 лет после оперативного лечения. 30 пациенток, перенесшие хирургическое лечение в виде транспозиции наружного отверстия уретры с активной послеоперационной профилактикой послеоперационных рубцовых осложнений препаратом Лонгидаза 3000 МЕ, рецидивов хронического цистита не отмечали. Эта группа больных была полностью удовлетворена качеством мочеиспускания, в контрольных анализах мочи

методом ПЦР патологических возбудителей урогенитальной инфекции не было выявлено. В ближайшем и отдаленном периодах наблюдения ни у одной пациентки не отмечено образования грубых рубцовых изменений в послеоперационной области. Транспозированный периферический отдел уретры и миатус сохраняются в месте пересадки, кровоснабжение их не нарушено, диаметр не изменен, обострений хронического цистита и дизурии не отмечалось.

У 9 пациенток второй группы отмечались разрастания соединительной ткани в виде тонких рубцов послеоперационной области, фиксирующих и подтягивающих миатус к месту изначального атипичного расположения. Кроме того, у 4 пациенток второй группы в отдаленном послеоперационном периоде возник рецидив хронического цистита, в связи с чем был проведен повторный курс противогрибковой терапии, так как при исследовании мочи у них был выявлен патогенный возбудитель инфекции – *Candida alb.* в количестве более 10^4 КОЕ/мл, аналогичный влагалищной флоре данных пациенток.

Выводы

Женская гипоспадия в виде эктопии наружного отверстия уретры – одна из причин хронического рецидивирующего цистита, этиологическим фактором которого является урогенитальная инфекция, ретроградно попадающая в уретру и мочевого пузыря из влагалища. В данном случае радикальным методом лечения хронического цистита считается оперативное лечение – транспозиция дистального отдела уретры и ее наружного отверстия в типичное место. Для улучшения результатов данной пластической операции целесообразно в ближайшем послеоперационном периоде проводить профилактику образования рубцовых изменений послеоперационной области препаратом Лонгидаза 3000 МЕ. ☺

Литература →
С. 84

Пациентки, перенесшие хирургическое лечение в виде транспозиции наружного отверстия уретры с активной послеоперационной профилактикой послеоперационных рубцовых осложнений препаратом Лонгидаза 3000 МЕ, рецидивов хронического цистита не отмечали.