

## УРОЛОГІЯ

УДК [616.62-002.2-039.35-02:617.17]0-089:611.62

*В.М. Демченко**Харківський національний медичний університет  
КУОЗ «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала», м. Харків***РЕЦИДИВУЮЧИЙ ПОСТКОЇТАЛЬНИЙ ЦИСТИТ У ЖІНОК.  
ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ**

Невизначеність поглядів на проблему і відсутність уніфікованого підходу до лікування суттєво обмежує можливості надання кваліфікованої медичної допомоги жінкам, які страждають на рецидивуючий посткоїтальний цистит. Очевидно, що тактика перманентного купірування загострень є патогенетично необґрунтованою і тому недостатньо ефективною, а рішення проблеми знаходиться в площині превентивних заходів, що знижують ризик рецидивів. Однак саме профілактичні аспекти характеризуються відсутністю єдності поглядів і методології.

**Ключові слова:** рецидивуючий цистит, молоді жінки, анатомічні передумови, профілактика, хірургічне лікування.

В урогінекологічній практиці доволі часто доводиться зіштовхуватися з тим, що молоді жінки звертаються зі скаргами, характерними для банального циститу або уретриту, що виникають після сексуальних контактів, клініко-лабораторне обстеження яких не виявляє значущих патологічних відхилень, а стандартна антибактеріальна терапія надає позитивний, але тимчасовий ефект [1, 2]. Жінки звертаються за допомогою знову і знову з претензією, що лікування не допомогло, активно відвідують суміжних фахівців і інколи доводять лікаря до стану «професійного відчаю».

Зазнаючи фізичні і моральні страждання через постійну дизурію, такі пацієнтки часто ухиляються від інтимної близькості, що привносить дисгармонію в сімейні стосунки, веде до конфліктів і надає проблемі яскраво виражений соціальний відтінок [3, 4].

Наразі існує кілька десятків термінологічних понять, які в тій чи іншій мірі інтерпретують рецидивуючу дизурію у жінок: жіночий уретральний синдром, цисталгія, цистопатія, асептичний уретрит, невралгія сечового міхура, генітально-міхурова дисфункція, гінекологічний невроз сечового міхура та ін. [5, 6].

В останні роки найбільш вживаним є термін рецидивуючі (рекурентні) неускладнені інфекції нижніх сечових шляхів як збірне поняття, що об'єднує запальні захворювання уретри і сечового міхура у невагітних пацієнток віком 16–65 років, що супроводжуються однотипними клінічними проявами без лихоманки [7]. За даними авторів [8], секс-індукований цистит становить близько 60 % у структурі рецидивуючих неускладнених інфекцій нижніх сечових шляхів і до 10 % серед жінок репродуктивного віку, які ведуть активне статеве життя.

В етіопатогенезі рекурентної секс-індукованої (посткоїтальної) дизурії основне значення надається реінфікуванню сечового тракту під час статевих контактів, чому сприяють анатомо-фізіологічні особливості жіночого організму та індивідуальні варіації топології зовнішнього отвору уретри – так звана вагінальна ектопія уретри і її гіпермобільність на тлі уретрогіменальних спайок – залишків дівочої плівки [5, 9–11].

Лікування рекурентної дизурії є досить нетривіальною задачею. Найбільшого поширення здобув профілактичний прийом антибіотиків відразу після статевих контактів.

© В.М. Демченко, 2015

Запропонована зараз превентивна анти-мікробна стратегія при рецидивуючій інфекції нижніх сечових шляхів включає три основні компоненти: безперервну профілактику, пост-коїтальну профілактику, термінове самолікування при загостренні захворювання, а також безліч варіантів лікувальних схем [12–15].

Однак навіть з урахуванням чутливості мікроорганізмів у третині випадків (34 %) це не дає очікуваного ефекту через селекцію резистентних штамів, побічні й алергічні реакції. Крім того, такі режими, як правило, негативно сприймаються пацієнтками через страх завагітніти на тлі прийому антибіотиків і економічно мало вигідні [7].

У найближчій перспективі альтернативою антибіотикам можуть стати методики, що знаходяться у стадії розробки і клінічних випробувань, такі як вакцинація, бактеріальна інтерференція (конкурентна взаємодія між близькородинними мікроорганізмами), місцеве застосування вуглеводів (гіалуронова кислота) та деякі інші [16–18], реальну ефективність яких ще належить оцінити. У ряді досліджень показано доцільність застосування нестероїдних протизапальних засобів (зокрема ібупрофену) замість антибіотиків при неускладнених інфекціях нижніх сечових шляхів, які проявили подібну ефективність із купірування клінічних проявів загострення захворювання [19, 20].

В останні роки одержав розвиток хірургічний підхід до лікування рекурентної дизурії.

Тим не менш, частіше за все без усунення анатомічних передумов, що створюють підставу для інфікування нижніх сечових шляхів у жінок при статевих контактах, лікування цієї категорії пацієнток практично є безперспективним.

Перші спроби хірургічного лікування при рекурентній дизурії відносяться до 60-х років ХХ століття. Американський урогінеколог

R.C. Hirschhorn в 1965 р. запропонував відносно нескладну коригуючу операцію – гіменопластику [21]. Сенс її полягає в широкому поперечному розтині уретрогіменальних спайок і зшиванні розрізу в повздовжньому напрямку (рис. 1).

Гіменопластика виявилася досить ефективною (до 90 %) лише за наявності виражених уретрогіменальних спайок у жінок [22], але практично не приносила полегшення у випадках вагінальної ектопії зовнішнього отвору уретри.

У 1999 р. О.Б. Лоран зі співавт. [23] запропонував операцію – транспозицію зовнішнього отвору уретри, що певною мірою усуває зазначену анатомічну передумову (рис. 2, а, б, в, г). Сенс її полягає в повздовжньому розтині тканин від клітора до зовнішнього отвору уретри з облямованим розрізом останнього (б), гострому виділенні дистального відділу уретри протягом 1,5–2,0 см (в) і переміщенні його до сформованого ложа під ніжками клітора (г).

Зазначена операція здобула популярність і з незначними технічними варіаціями (зокрема, з формуванням чи без такого підслизового тунелю) в подальшому була відтворена багатьма авторами [24–26]. Загальними рисами подібних операцій є циркулярна мобілізація уретри і транспозиція її в напрямку клітора [9, 25, 27–31].

Основний недолік операцій пов'язаний з необхідністю саме циркулярної мобілізації уретри, що чревато порушенням кровопостачання, іннервацією, неспроможністю швів, формуванням стриктур і рецидивом захворювання – 18,5–36,3 % [25, 27, 31].

За даними Т.І. Дерев'янка [32], із 22 оперованих жінок у 9 (40,1 %) мали місце розростання сполучної тканини у вигляді тонких рубців післяопераційної ділянки, фіксуючих і підтягуючих міатус до місця висхідного атипичного розташування, що викликало

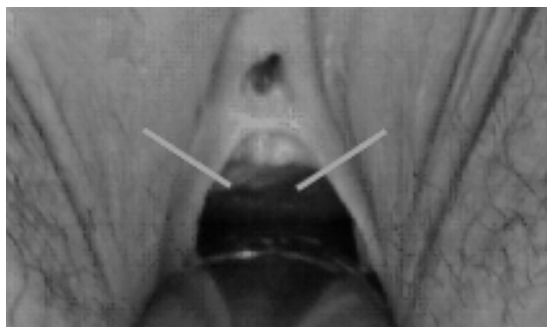


Рис. 1. Гіменопластика за R.C. Hirschhorn [21], показані лінії поперечних розрізів

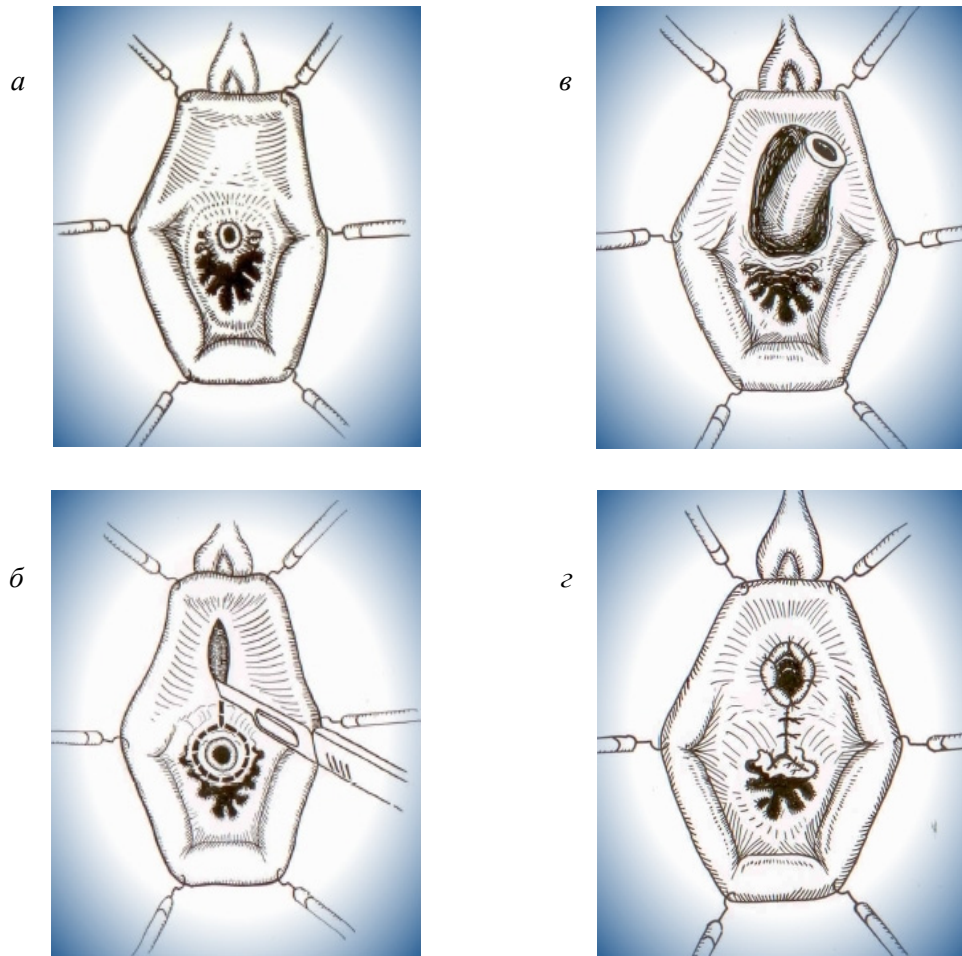


Рис. 2. Транспозиція зовнішнього отвору уретри за О.Б. Лораном зі співавт. [23]

рецидив захворювання у 4 (18,0 %) пацієнток (період спостереження 4 роки). Для попередження подібних ускладнень автор успішно застосував препарат Лонгідаза 3000 МО в ранньому післяопераційному періоді (за схемою 5 ін'єкцій в/м 1 раз на 5 днів, потім 10 ректальних супозиторіїв 1 раз на 3 дні), однак ці результати потребують подальшої перевірки.

У 2001 р. G. Ronzoni et al. [33] опублікували результати застосування транспозиції уретри у жінок з гіпоспадією (без нетримання сечі), що страждали на посткоїтальний цистит, техніка якої в основному подібна до такої О.Б. Лорана. Автори повідомили про 32 спостереження за період 11 років при середньому терміні спостереження 7 років. Ефективність (зникнення рецидивів захворювання) склала 75 %; зменшення частоти епізодів циститу до 1–2 разів на рік – 16 %; відсутність значущого ефекту – 9 %. Були зафіксовані 6 (18,7 %) випадків ускладнень: стриктури – 3 (9,4 %) і сечової фістули – 3 (9,4 %).

Варіацією подібної операції є реконструкція з транспозицією зовнішнього отвору уретри, запропонована Н.Г. Кісамеденовим в 2009 р. [27]. Автор для нівелювання перерахованих недоліків здійснив спробу подовження дистальної частини уретри за рахунок викроєних зверху і знизу від неї П-подібних лоскутів з навколишніх покривних тканин і переміщенням сформованої таким способом уретри під ніжки клітора (25 пацієнток; ефективність – 61,5).

Незважаючи на те, що внаслідок цієї методики зменшується ступінь натягу, одночасно створюється протиприродний зовнішній отвір уретри, що підвищує ризик порушень кровопостачання, неспроможності швів, рубцевих деформацій і стриктур (тобто аналогічних ускладнень, як і при «звичайній» транспозиції уретри). Хоча автор і повідомляє про низьку частоту подібних ускладнень (2,5 % проти 10,2 % при традиційній операції), однак незначна кількість спостережень і відсутність повідомлень від незалежних

послідовників логічно потребують подальшого уточнення. Крім того, викликає сумнів естетична (косметична) сторона подібного втручання, що є важливим для молодої жінки.

Запропоновані і досить екзотичні варіанти операції, застосованість яких у широкій практиці викликає чималі сумніви саме з позиції естетичності результатів. Так, М.М. Сокольщиком зі співавт. [34] запатентовано спосіб хірургічного лікування циститу у жінок при гіпермобільності уретри, що виключає можливість рецидивів. При цьому проводять вертикальний розріз, що починається над голов-

відомлень в доступній літературі нами не виявлено.

Наявні повідомлення про застосування меатоскенекомії; надається значення депонуванню збудників в парауретральних додаткових утвореннях [35]. Оцінити її ефективність важко через поодинокі спостереження і малу вибірку.

В клініці ХОКЦУН ім. В.І. Шаповала розроблено і застосовано оригінальну методику операції – транспозиції дистальної уретри [12] без необхідності циркулярної мобілізації уретри (рис. 3).

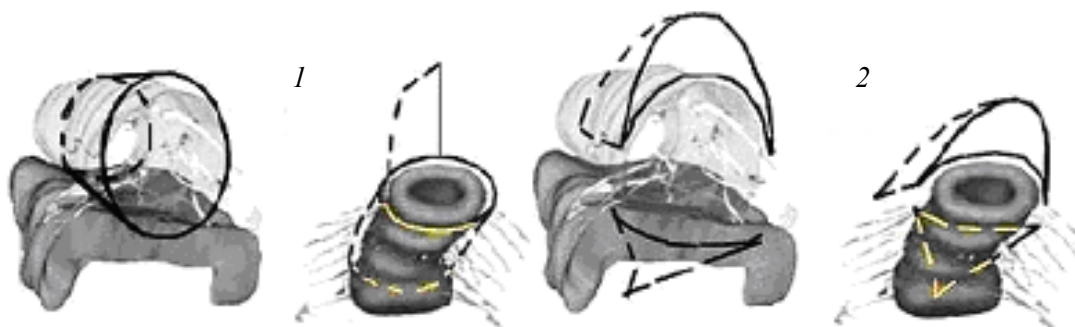


Рис. 3. Схема мобілізації дистального відділу уретри:  
1 – традиційні варіанти операції; 2 – запропонована модифікація

кою клітора і огинає його і зовнішній отвір сечоводу, мобілізують уретру, встановлюють сечовий катетер Фолі, фіксують зовнішній отвір до шкіри окремими вузловими швами. Далі гранично мобілізують клітор у м'яких тканинах з перетином його підтримуючої зв'язки і мобілізують уретру протягом 1,5–2,0 см від її зовнішнього отвору. Мобілізовану ділянку уретри розташовують між ніжками клітора, останній зводять до входу в піхву, фіксують зовнішній отвір уретри вище його вихідного положення до шкіри окремими вузловими швами і клітор до слизової оболонки піхви.

З опису запропонованої операції звертає на себе увагу її надлишкова травматичність, необхідність циркулярної мобілізації не лише дистальної частини уретри, але й клітора, їх взаємопротилежне переміщення і фіксація значним числом швів у неприродних топографічних положеннях. Це загрожує не лише підвищеним ризиком ускладнень, але і спотворенням зовнішніх статевих органів. Крім того, неясно, як подібне втручання може позначитися на сексуальних відчуттях жінки в подальшому. Автори наводять одне позитивне спостереження, чого явно недостатньо для оцінки результатів. Більше подібних по-

Техніка операції (рис. 4) включає транспозицію дистальної уретри внаслідок зміни просторової конфігурації оточуючих тканин інтроїтусу з видаленням уретрогіменальних спайок і прилеглого клаптя піхво-уретральної перегородки в ділянці «уретрального кіля», разом з основною масою додаткових парауретральних утворень (складок, залоз, проток Скене).

Будь-яких ускладнень, пов'язаних з хірургічним лікуванням, зареєстровано не було. В двох (6,2 %) спостереженнях в перші два дні мала місце підвищена кровоточивість в ділянці швів стінки піхви – ефективний гемостаз був досягнутий додатковим тампуванням піхви на один день.

Після виписування рекомендували режим сексуальної паузи не менше одного місяця і пробіотичні вагінальні супозиторії. Наприкінці місяця оцінювали косметичні результати, конфігурацію і прохідність інтроїтусу, проводили обстеження і дозволяли відновлення сексуальних взаємин.

Усі негативні прояви, пов'язані з відновленням статевого життя після операції: невеликі болісні відчуття під час введення фалоса – 14 (43,7 %) і незначні кров'янисті виділення – 7 (21,8 %), повністю нівелювали-

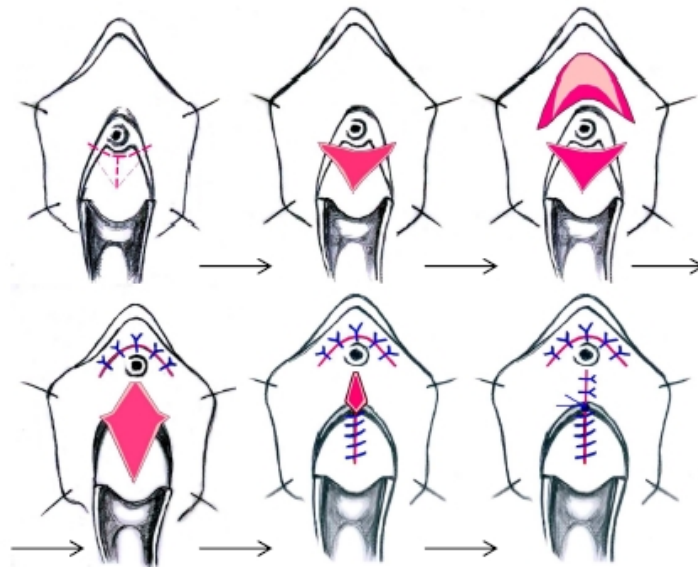


Рис. 4. Схема операції транспозиції дистальної уретри

ся протягом тижня, що являло функціональну адаптацію інтроїтусу.

В результаті у 84,4% спостережень настало стійке клініко-мікробіологічне одужання, а в інших випадках (15,6%) – клінічне поліпшення (частота рецидивів зменшилася до 1–2 епізодів на рік).

Пізніх ускладнень, пов'язаних з операцією, не зафіксовано. Операція забезпечувала косметичний результат і конфігурацію сечових шляхів, яка повністю відповідала критеріям фізіологічної норми [уретро-клиторальний проміжок –  $(2,3 \pm 0,3)$  см,  $Q_{\max} > 15$  мл/с; довжина уретри –  $(4,8 \pm 0,6)$  см; до операції –  $(3,9 \pm 0,4)$  см], рис. 5.

Внаслідок операції відбувається анатомо-функціональне віддалення інтроїтусу і зовнішнього отвору уретри. Якщо до операції вихідний отвір уретри розташовувався в межах окружності входу до піхви і був фіксований

до її бокових стінок уретрогіменальними спайками по типу «віжок», а уретра мала практично прямолінійний хід, що сходився до осі піхви (рис. 5, а), то після хірургічної корекції зовнішній отвір уретри і інтроїтус були рознесені просторово, чітко відмежованими і слабо взаємодіючими одне з одним отворами, а хід уретри набував огинаючої симфіз спрямованості і поступово розходився з вісю піхви (рис. 5, б).

Внаслідок зміни просторової конфігурації інтроїтусу і формування додаткового підтримуючого шару для вихідного відділу уретри (за типом «гамаку») її зовнішній отвір був розташований над входом до піхви і був менш задіяним у статевому процесі.

Об'єктивним підтвердженням ліквідації уретрального рефлюксу стало суттєве зниження частоти виявлення мікроорганізмів у зразках посткоїтальної сечі з 70,1 до 16,4%

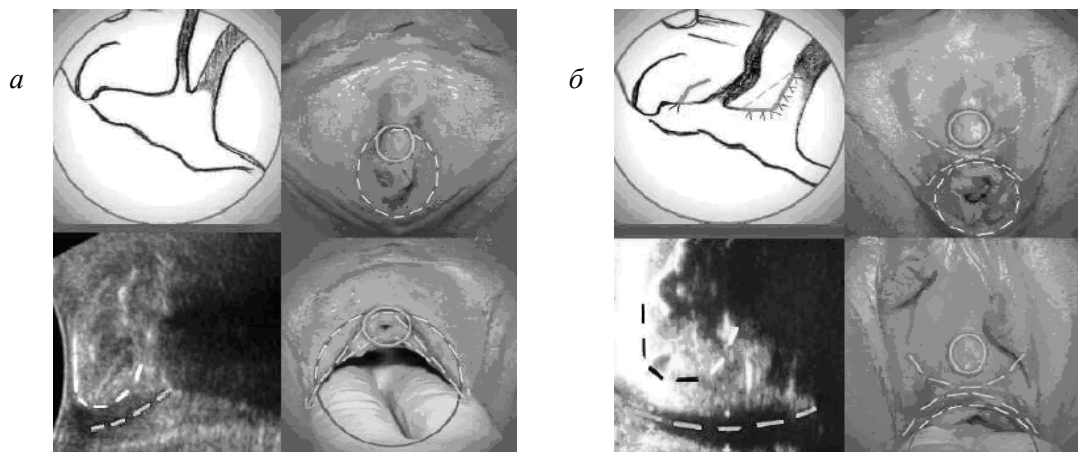


Рис. 5. Присінок піхви до і після операції



( $\chi^2=51,09$ ;  $p<0,001$ ), що виявилось навіть нижче контрольного значення – 22,2 %.

Якість сексуального життя покращилася в усіх спостереженнях. До теперішнього моменту вагітність наступила у 7 жінок, 5 пацієнток народили здорових дітей природним шляхом, без будь-яких ускладнень.

Але слід зазначити, що хірургічне лікування є раціональним лише за умов низької ефективності консервативних способів профілактичної допомоги такого роду жінкам, а саме поведінкової терапії [36], яка початково була розроблена в якості підготовчої міри до хірургічного лікування, але з часом з'ясувалося її самодостатність, що обумовило застосування її в якості основного способу лікування, випереджаючого всі інші превентивні заходи.

Принциповими моментами поведінкової терапії стали:

- інформованість пацієнтки про наявність анатомічної схильності до рекурентної дизурії;
- корекція сексуальних шаблонів і гігієнічних надмірностей для нівелювання додаткових чинників і подразників, що сприяють мікробному обміненню і дизурії;
- зменшення ступеня залучення дистального відділу уретри в сексуальні атаки – застосування жінкою інертних лубрикантів (крем, вазелін);
- посткоїтальне сечовипускання для виведення потоком сечі вагінальних виділень, що потрапили до уретри;

### Література

1. *Возіанов О.Ф.* Урологія / О.Ф. Возіанов, О.В. Люлько / Підручник. – 2-ге вид., доп. та перераб. – Дніпропетровськ: Дніпро-VAL, 2002. – 830 с.
2. *Пасечніков С.П.* Динаміка і концепція розвитку урологічної служби в Україні / С.П. Пасечніков, Н.О. Сайдакова, В.С. Грицай // Матеріали з'їзду Асоціації урологів України. – Одеса, 16–18 вересня 2010 р. – Одеса, 2010. – С. 7–9.
3. *Коган М.И.* Сексуальные дисфункции у женщин с симптомами раздражения нижних мочевых путей: новая область урогинекологических исследований / М.И. Коган, С.Ю. Калинченко, Н.Э. Авадиева // Проблемы женского здоровья. – 2008. – № 4, Т. 3. – С. 14–18.
4. *Кочарян Г.С.* Сексуальные дисфункции и паттерны поведения: современный анализ проблемы / Г.С. Кочарян // Сексология и сексопатология. – 2005. – № 4. – С. 20–33.
5. *Лоран О.Б.* Рецидивирующие инфекции мочевых путей / О.Б. Лоран, Л.А. Синякова, И.В. Косова. – Москва: МИА, 2008. – 32 с.
6. *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.
7. Recurrent urinary tract infection / A. Epp, A. Larochelle [Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada] // SOGC Clinical practice guideline. – 2010. – № 250 (November). – P. 1082–1090.
8. Sex-induced cystitis – patient burden and other epidemiological features / C. Stamatiou, C. Bovis, P. Panagopoulos, et al. // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 32 (3). – P. 180–182.

- місцеве використання антибактеріального крему (натаміцин – 10 мг; неоміцин – 500 ОД; гідрокортизон мікронізований – 10 мг в 1 г крему) після статевих контактів для максимального знищення бактеріальної флори в місці втручання;

- зниження ступеня агресивності мікробного пулу шляхом відновлення мікробіоценозу піхви (вагінальні супозиторії, що містять живі пробіотичні штами *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 і *Lactobacillus reuteri* RC-14 у сумарній кількості не менше 109 живих бактерій).

Сукупна ефективність поведінкової терапії склала близько 70 % і безпосередньо залежала від скрупульозності дотримання рекомендацій; від давності захворювання – найбільш дієва в терміні до 5 років ( $\chi^2=13,8$ ;  $p<0,001$ ); від вираженості вагінальної ектопії уретри – менш ефективна при уретрогіменальних спайках  $\geq 4,0$  см ( $\chi^2=27,84$ ;  $p<0,001$ ). В 32,0 % випадків зафіксована стійка ремісія; в 38,4 % – явне поліпшення (зменшення частоти рецидивів до 1–2 на рік); в 30 % випадків ефекту не отримано, що служило мотивацією до хірургічного лікування.

Таким чином, дійове надання медичної допомоги пацієнткам з рецидивуючою секс-індукованою дизурією знаходиться в площині превентивних заходів, що знижують вплив уретрального рефлюксу, критерієм чого відповідає послідовне застосування поведінкової терапії, а при її неефективності – хірургічне лікування, що забезпечує одужання або значне клінічне поліпшення в абсолютній більшості випадків.

9. 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.
10. Влагалищная эктопия уретры и мочеполовой синус у женщин / И.М. Деревянко, Т.И. Деревянко, В.В. Рыжков, М.Ю. Елисеева. – Ставрополь, 2004. – 57 с.
11. *Елисеева М.Ю.* Женская гипоспадия как причина рецидивирующих и хронических вульвовагинитов, уретритов и циститов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Ю. Елисеева. – Москва, 2005. – С. 9–17.
12. Пат. 51783 Україна МПК (2009) А61В 17/00 Спосіб лікування вагінальної ектопії зовнішнього отвору сечовипускного каналу у жінок / В.М. Лісовий, І.А. Гарагатий, І.О. Тучкіна та ін. – опубл. 26.07.10, Бюл. № 14. – 4 с.
13. *Dwyer P.L.* Recurrent urinary tract infection in the female / P.L. Dwyer, M. O'Reilly // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* – 2002. – Vol. 14. – P. 537–543.
14. *Gupta K.* Pathogenesis and management of recurrent urinary tract infections in women / K. Gupta, W.E. Stamm // *World J. Urol.* – 1999. – Vol. 17. – P. 415–420.
15. *Nicolle L.E.* Urinary tract infection: traditional pharmacologic therapies / L.E. Nicolle // *Am. J. Med.* – 2002. – № 113 (Suppl 1A). – P. 35–44.
16. Prevention of recurrent bacterial cystitis by intravesical administration of hyaluronic acid: a pilot study / C. Constantinides, T. Manousakas, P. Nikolopoulos, et al. // *BJU Int* 2004. – Vol. 93. – P. 1262–1266.
17. *Hopkins W.J.* Vaccine development for the prevention of urinary tract infections / W.J. Hopkins, D.T. Uehling // *Curr Infect Dis Rep.* – 2002. – Vol. 4. – P. 509–513.
18. Vaginal mucosal immunization for recurrent urinary tract infection: extended phase II clinical trial / D.T. Uehling, W.J. Hopkins, L.M. Beierle, et al. // *J. Infect. Dis.* – 2001. – Vol. 183 (Suppl 1). – P. 81–83.
19. Symptomatic treatment (ibuprofen) or antibiotics (ciprofloxacin) for uncomplicated urinary tract infection? – Results of a randomized controlled pilot trial / J. Bleidorn, I. Gagyor, M.M. Kochen et al. // *BMC Med.* – 2010. – Vol. 8. – P. 30. [Published online 2010 May 26. doi: 10.1186/1741-7015-8-30].
20. Immediate versus conditional treatment of uncomplicated urinary tract infection – a randomized-controlled comparative effectiveness study in general practices / Ildik? Gagyor, Eva Hummers-Pradier, Michael M. Kochen, et al. // *BMC Infect Dis.* – 2012. – Vol. 12. – P. 146 [Published online 2012 June 28. doi: 10.1186/1471-2334-12-146].
21. *Hirschhorn R.C.* Urethral-hymeneal fusion: a surgically correctable cause of recurrent cystitis / R.C. Hirschhorn // *Obstetrics and Gynecology.* – 1965. – Vol. 6. – P. 903–908.
22. *Reziciner S.* Prevention of recurrent post-coital cystitis using hymenoplasty / S. Reziciner // *Ann Urol (Paris).* – 1988. – Vol. 22 (6). – P. 446–451.
23. Пат. РФ А61В17/00. Способ транспозиции наружного отверстия мочеиспускательного канала у женщин / О.Б. Лоран, Л.М. Гумин, В.В. Дьяков, М.Ю. Гвоздев. – № 2132652; заявл. 16.07.98; опубл. 10.07.99. – 1999.
24. *Гумин Л.М.* Транспозиция дистального отдела уретры в оперативном лечении рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей / Л.М. Гумин, В.В. Дьяков, М.Ю. Гвоздев // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2008. – Т. 8. – С. 15.
25. Пат. РФ А61В17/00. Способ хирургического лечения гипермобильности и влагалищной эктопии уретры / Б.К. Комяков, Л.М. Родыгин, Т.Х. Эль-Аттар; заявитель и патентообладатель Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова. – № 240896; заявл. 27.04.09; опубл. 10.01.11. – 2011.
26. *Derevianko T.I.* Vaginal ectopia of urethra as a cause of chronic recurrent cystitis in women: diagnosis and treatment / T.I. Derevianko // *Urology.* – 2009. – Sep.–Oct. (5). – P. 18–21.
27. *Кисамеденов Н.Г.* Реконструктивная хирургия мочеиспускательного канала у женщин в лечении рецидивирующих инфекций нижних мочевыводящих путей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.Г. Кисамеденов. – Москва, 2009. – 25 с.
28. *Комяков Б.К.* Транспозиция дистального отдела уретры при гипермобильности и влагалищной эктопии уретры у женщин / Б.К. Комяков, Т.Х. Эль-Аттар // *Материалы I съезда урологов Республики Беларусь.* – Минск (9–10 октября 2008 г.). – Минск, 2008. – С. 47.

29. *Нестеров С.Н.* Реконструкция уретры в лечении посткоитального цистита / С.Н. Нестеров, В.В. Рогачиков, Н.Г. Кисамеденов // Экология и медицина. – 2009. – № 2. – С. 41–47.

30. *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.

31. *Родыгин Л.М.* Транспозиция дистального отдела уретры при ее эктопии / Л.М. Родыгин // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2009. – № 1 (25). – С. 814.

32. *Деревянко Т.И.* Влагалищная эктопия наружного отверстия уретры как одна из причин хронического рецидивирующего цистита у женщин: диагностика и лечение / Т.И. Деревянко // Урология. – 2009. – № 5. – С. 18–20.

33. Transposing the urethral meatus in the treatment of recurrent and postcoital cystitis in women with hypospadias / G. Ronzoni, L. De Giovanni, J.M. Weir, et al. // BJU Int. – 2001, Jun. – Vol. 87 (9). – P. 894–896.

34. Пат. РФ А61В17/42. Способ хирургического лечения хронического цистита при гипермобильности уретры у женщин / М.М. Соколышник, С.В. Гагарина, Я.А. Вазиев и др.; патентообладатель Соколышник М.М.; № 2362500; заявл. 06.04.07; опубл. 27.07.09. – 2009.

35. *Archimbaud Jean-Pierre.* La meatoskenectomie avec uretrostomie pwerineale: traitement des cystites recidivantes de la femme / Archimbaud Jean-Pierre, Gerard Thierry, Martin Xavier Jean-Baptiste // Progres en Urologie. – 2003. – № 13. – P. 445–452.

36. *Андреев С.В.* Поведенческая терапия в профилактике рекуррентной секс-индуцированной дизурии у молодых женщин / С.В. Андреев, А.И. Гарагатый // Урология, андрология, нефрология – 2013: Материалы научн.-практ. конф. / под ред. В.Н. Лесового и др. – Харьков, 2013. – С. 217–219.

**В.Н. Демченко**

#### **РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПОСТКОИТАЛЬНЫЙ ЦИСТИТ У ЖЕНЩИН. ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ**

Неопределенность взглядов на проблему и отсутствие унифицированного подхода к лечению существенно ограничивает возможности оказания квалифицированной медицинской помощи женщинам, страдающим рецидивирующим посткоитальным циститом. Очевидно, что тактика перманентного купирования обострений является патогенетически необоснованной и поэтому недостаточно эффективной, а решение проблемы находится в плоскости превентивных мер, снижающих риск рецидивов. Однако именно профилактические аспекты характеризуются отсутствием единства взглядов и методологии.

**Ключевые слова:** рецидивирующий цистит, молодые женщины, анатомические предпосылки, профилактика, хирургическое лечение.

**V.M. Demchenko**

#### **RECURRENT POSTCOITAL CYSTITIS IN WOMEN. ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT**

Uncertainty views on the problem and the lack of a unified approach to treatment significantly limits the possibility of qualified medical aid to women suffering from recurrent postcoital cystitis. It is obvious that the tactic of permanent relief of exacerbations is pathogenetically unsubstantiated and therefore not effective enough. The solution is in the plane of the preventive measures that reduce the risk of recurrence. However, prophylactic aspects characterized by the lack of unity of views and methodology.

**Key words:** recurrent cystitis, young women, anatomical predisposition, prevention, surgical treatment.

*Поступила 13.11.15*