

ПОСТКОИТАЛЬНЫЙ ЦИСТИТ: ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Ханалиев Б.В.*, Тевлин К.П., Косарев Е.И.,
Клочко И.А.

ФГБУ «Национальный медико-хирургический
Центр им. Н.И. Пирогова», Москва

DOI: 10.25881/20728255_2026_21_2_167

Резюме. Инфекции нижних мочевых путей (ИНМП) представляют собой одну из наиболее распространенных бактериальных инфекций у женщин, составляя около четверти всех инфекционно-воспалительных процессов. Частота встречаемости посткоитального цистита объясняется низким расположением наружного отверстия мочеиспускательного канала, способствующим проникновению бактерий во время полового контакта. Представлено наблюдение пациентки с хронической формой посткоитального цистита, обусловленной дистопией наружного отверстия уретры. Консервативная терапия оказалась недостаточно эффективной, поэтому было принято решение о проведении хирургического вмешательства методом пластики уретры с транспозицией наружного отверстия. Операция заключалась в формировании нового положения наружного отверстия мочеиспускательного канала и устранении гименально-уретральных спаек. Послеоперационное восстановление прошло успешно, и спустя полгода симптомы исчезли, улучшив качество жизни пациентки. Таким образом, проведенное исследование подтверждает высокую эффективность хирургической коррекции посткоитального цистита у женщин с анатомически обусловленными нарушениями расположения наружного отверстия уретры.

Ключевые слова: клиническое наблюдение посткоитального цистита; пластика уретры с транспозицией наружного отверстия; инфекции мочевыводящих путей; методика О'Доннел-Хиршхорна.

POSTCOITAL CYSTITIS: SURGICAL TREATMENT AND DYNAMIC MONITORING

Khanaliev B.V.*, Tevlin K.P., Kosarev E.I., Klochko I.A.
Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. Lower urinary tract infections (LUTIs) are one of the most common bacterial infections in women, accounting for about a quarter of all infectious and inflammatory processes. The incidence of postcoital cystitis is due to the low position of the external opening of the urethra, which facilitates the entry of bacteria during sexual intercourse. This article presents a case of a patient with chronic postcoital cystitis caused by external urethral diverticulum. Conservative therapy was not effective enough, so it was decided to perform a surgical procedure called urethral transposition. The surgery involved creating a new position for the external opening of the urethra and removing the hymenal-urethral adhesions. The patient's recovery was successful, and six months later, the symptoms disappeared, improving her quality of life. This study demonstrates the effectiveness of urethral transposition.

Keywords: a case report of postcoital cystitis; urethral plastic surgery with transposition of the external opening; urinary tract infections; The O'Donnell Hirschhorn method.

Актуальность

Инфекции нижних мочевых путей (ИНМП) – одна из наиболее частых бактериальных инфекций у женщин, составляют почти 25% всех инфекций. ИНМП встречаются чаще у женщин, чем у мужчин, в соотношении 8:1 [1]. Одним из важных факторов риска неосложненной ИНМП у женщин является половой акт. Посткоитальный цистит – это особая форма рецидивирующего цистита, одним из условий для которого должно быть низкое расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала – вестибуло-вагинальная дислокация уретры [2]. До 80% проявления данной патологии имеют анатомические причины, к ним относят: влагалищная эктопия наружного отверстия уретры (смещение уретры к входу во влагалище, а иногда даже на его переднюю стенку) и гипермобильность дистального отдела уретры, которая чаще бывает вызвана формированием гимено-уретральных спаек между остатками девственной плевы и наружным отверстием [3]. В литературе предложены различные варианты лечения, начиная от консервативной антибактериальной терапии, заканчивая оперативным вмешательством,

направленными на снижение частоты обострений посткоитального цистита. Среди хирургических методик используются различные виды пластики уретры, включая интравезикальную транспозицию уретры, фиксацию её дистального отдела и реконструкцию шейки мочевого пузыря. Однако эффективность каждого метода зависит от множества индивидуальных особенностей пациента, включая выраженность симптомов, частоту рецидивов инфекции.

Описание наблюдения

Пациентка М. 38 лет, находилась на стационарном лечении в НМХЦ им. Н.И. Пирогова с 09.12.2024–11.12.2024 гг. с диагнозом: хронический посткоитальный цистит. Дистоция наружного отверстия уретры. Из анамнеза: наблюдалась у уролога по месту жительства в течение 15 лет по поводу хронического цистита, отмечая жалобы на рези в области мочеиспускательного канала после полового акта. При приеме всех линий консервативной терапии отмечала непродолжительный положительный клинический эффект. При осмотре в гинекологическом кресле проведено исследование по

методике О'Доннел-Хиршхорна, при котором отмечена гипермобильность и дистопия наружного отверстия уретры. Пациентке была предложена госпитализация и оперативное лечение в объеме – пластика уретры с транспозицией наружного отверстия. Интраоперационно: в положении пациентки на операционном столе для промежностных манипуляций (Рис. 1).

В полость мочевого пузыря установлен уретральный катетер Фолея №16 по Шарьеру. Влагалище обнажено в зеркалах. Отступя 0,5 см от клитора, П-образным разрезом по направлению к наружному отверстию уретры, рассечены ткани преддверия влагалища (Рис. 2).

Разрез продолжен вниз, отступая по краям от наружного отверстия уретры 0,2–0,3 см, также выполняя П-образный разрез, перевернутый в сторону наружного отверстия уретры. Ткани по краям разреза отсепарованы в сторону наружного отверстия уретры, сформировав, тем самым, верхний и нижний лоскуты. Острым путем выделено наружное отверстие уретры на протяжении 0,5 см. Нижний дефект раны ушит узловыми швами. На катетере путем сшивания

* e-mail: hanalievbv@pirogov-center.ru



Рис. 1. Положение пациентки для промежностных манипуляций.

краев выкроенных лоскутов сформирован дистальный отдел уретры, который перемещён на верхний край (под клитор) разреза на сформированное ранее ложе. Одним швом из синтетического рассасывающегося шовного материала на 12 часах условного циферблата сформированное наружное отверстие уретры фиксировано к верхнему краю разреза (Рис. 3).

После этого наложены еще два аналогичных шва симметрично по обе стороны от первого на 2 и 10 часах условного циферблата. В результате этого наружное отверстие уретры оказывается перемещённым вентрально на 1,0–1,5 см без какого – либо натяжения. Далее произведено широкое рассечение уретро-гименальных спаек. Затем окончательно сформировано наружное отверстие уретры отдельными швами из синтетических рассасывающихся материалов. Окончательным этапом операции является восстановление целостности передней стенки (Рис. 4).

Ранний послеоперационный период протекал удовлетворительно. Уретральный катетер был удален на 2 сутки после оперативного вмешательства, во время мочеиспускания первые 3 суток отмечалось «расщепление» струи. Спустя 20 суток при повторном осмотре швы состоятельны, гиперемия и отек в области операционной раны отсутствовал. При повторном осмотре через 6 месяцев после оперативного вмешательства симптом О’Доннелла-Хиршхорна был отрицательный. Жалоб на рези в области мочеиспускательного канала после полового акта не наблюдалось. По

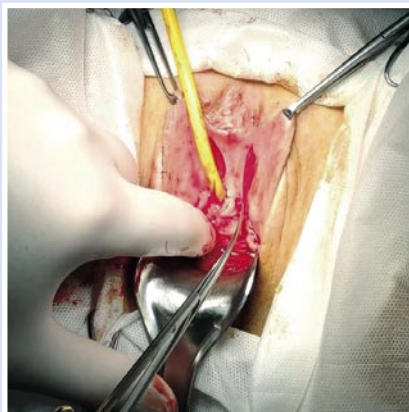


Рис. 2. Рассечение тканей преддверия влагалища.

собственной оценке после оперативного лечения пациентка отмечает значительное улучшение качества жизни (исчезновение страха появления болезненных ощущений при мочеиспускании и нежелание интимной близости).

Обсуждение

ИНМП являются распространённой проблемой среди женского населения, занимая лидирующую позицию среди всех видов инфекционных заболеваний. Важнейшую роль играет связь возникновения посткоитального цистита с определёнными анатомическими особенностями строения наружных половых органов женщины, такими как аномальное низкое расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала относительно преддверия влагалища, ведущее к избыточному контакту слизистой оболочки уретры с семенной жидкостью партнёра во время коитуса и последующему воспалению мочевыводящих путей. Патология часто обусловлена такими факторами, как влагалищная эктопия наружного отверстия уретры и образование гименоуретральных спаек, провоцирующих дополнительную подвижность и дистопию конечного участка уретры.

Современные подходы к лечению посткоитального цистита включают комплекс терапевтических мероприятий, начиная от консервативных методов антибактериальной профилактики и заканчивая хирургическим вмешательством, которое показано пациентам с рефрактерностью к медикаментозному лечению и стойкими симптомами заболевания. По данным отечественной и зарубежной литературы эффективность хирургических методов лечения не уступает консервативной терапии, и в боль-

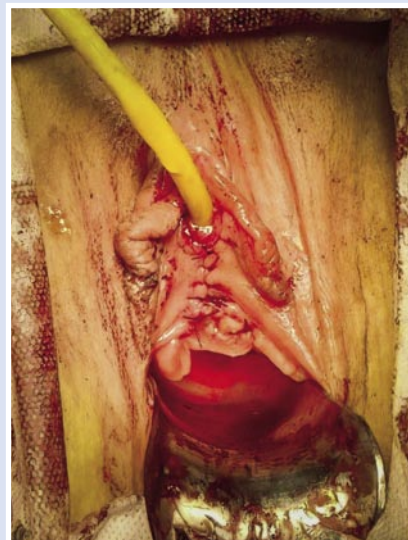


Рис. 3. Фиксация неоуретры к верхнему краю.



Рис. 4. Окончательный этап операции: восстановление целостности передней стенки уретры.

шинстве случаев демонстрирует более стабильные результаты.

Заключение

Наблюдение демонстрирует, что хирургический метод лечения пациентов с посткоитальным циститом может существенно улучшить качество жизни, особенно в случаях неэффективности консервативной терапии. Выбранный нами метод оперативного вмешательства является перспективным вариантом решения проблемы рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей у женщин, страдающих от эктопии наружного отверстия мочеиспускательного канала.

Проведённое вмешательство подтвердило свою безопасность и эффективность, демонстрируя быстрое восстановление организма после операции и длительное отсутствие рецидива заболевания.

Согласие пациента. Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Сильчук Н.А., Нечипоренко А.Н., Корсак В.Э., Князюк А.С. Хронический рецидивирующий посткоитальный цистит: современный взгляд на проблему // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2022. – Т.20. – №4. – С.374-379. [Sil'chuk NA, Nechiporenko AN, Korsak VE, Knyazyuk AS. Hronicheskij recidiviruyushchij postkoital'nyj cistit: sovremennyy vzglyad na problemu. Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. 2022; 20(4): 374-379. (In Russ.)] doi: 10.25298/2221-8785-2022-20-4-374-379.
2. Елисеев Д.Э., Холодова Ж.Л. Посткоитальный цистит: хирургическое лечение // Экспериментальная и клиническая урология. – 2021. – №14(1). – С.130-134. [Eliseev DE, Holodova ZHL. Postkoital'nyj cistit: hirurgicheskoe lechenie. Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya. 2021; 14(1): 130-134. (In Russ.)] doi: 10.29188/2222-8543-2021-14-1-130-134
3. Лемтюгов М.Б., Симченко Н.И. Принципы лечения хронического рецидивирующего посткоитального цистита у женщин // Проблемы здоровья и экологии. – 2025. – №22(3). – С.32-40. [Lemtyugov MB, Simchenko NI. Principy lecheniya hronicheskogo recidiviruyushchego postkoital'nogo cistita u zhenshchin. Problemy zdorov'ya i ekologii. 2025; 22(3): 32-40. (In Russ.)] doi: 10.51523/2708-6011.2025-22-3 04.