

Курков А.А.,

студент

6 курс, медицинский факультет

Ульяновский государственный университет

Россия, г. Ульяновск

ХРОНИЧЕСКИЙ ПОСТКОИТАЛЬНЫЙ ЦИСТИТ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

Аннотация: в данной статье рассмотрено изучение диагностики и лечения хронического посткоитального цистита.

Abstract: This article examines the study of the diagnosis and treatment of chronic postcoital cystitis.

Ключевые слова: цистит, посткоитальный цистит, диагностика, лечение.

Keywords: cystitis, postcoital cystitis, diagnosis, treatment.

Посткоитальный цистит — это часто рецидивирующее воспаление мочевого пузыря, возникающее в течение полутора суток после интимных отношений или влагалищных манипуляций. Проявляется учащенным болезненным мочеиспусканием, болями внизу живота, поллакиурией.

Поскольку расстройство часто выявляется у молодых женщин практически после первого полового акта, оно получило название «цистита медового месяца», «полового», «дефлорационного» цистита. У некоторых больных проблема возникает через 1-3 года после начала интимной жизни или родов, осложненных разрывами влагалища и промежности. **Актуальность правильной диагностики** заболевания обусловлена низкой осведомленностью специалистов о его существовании и длительным

безрезультатным лечением как обычного воспалительного процесса в мочевом пузыре.

Посткоитальный цистит провоцируется патогенной микрофлорой, проникающей в урогенитальный тракт женщины. Возбудителями заболевания могут быть условно патогенные микроорганизмы (кишечные палочки, клебсиеллы, протей, энтеробактерии, стафилококки, гарднереллы и др.), дрожжеподобные грибки, вирусы, трихомонады, хламидии, уреаплазмы и т.д.

В отличие от других форм цистита, у 70-80% пациенток посткоитальное воспаление и его рецидивы спровоцированы такими врожденными и приобретенными анатомическими аномалиями уретры, как:

Женская гипоспадия — это врожденный анатомический дефект в виде укорочения уретры и смещения мочеиспускательного отверстия (меатуса) в преддверие влагалища или на его переднюю стенку. При незначительной аномалии возможно бессимптомное течение. В остальных случаях патология может проявляться болью, резью, жжением в области гениталий, болезненным мочеиспусканием, ощущением переполнения мочевого пузыря, тяжестью над лобком, недержанием мочи. Диагностируется с помощью гинекологического осмотра, видеокольпоскопии. Для коррекции дефекта обычно выполняют безоперационную пластику мочеиспускательного отверстия, транспозицию уретры.[1]



Рис. 1. Внешний вид половых органов и уретры девочки. Стрелками указано расположение наружного отверстия уретры.[1]

Гипермобильность дистального отдела уретры. Подвижность мочеиспускательного канала вызвана формированием гименоуретральных спаек — сращений между остатками девственной плевы и наружным уретральным отверстием. Из-за их натяжения при фрикциях вход в уретру смещается к влагалищу, что способствует повреждению слизистой и забросу секрета в мочеиспускательный канал.[2]

Диагностика.

Обычно больную ведет урогинеколог или акушер-гинеколог с врачом-урологом.

Наличие у пациентки посткоитального цистита можно заподозрить при установлении достоверной связи между клиническими проявлениями и половым актом или влагалищными манипуляциями. Для подтверждения диагноза используют физикальные, лабораторные, инструментальные исследования, позволяющие выявить анатомические предпосылки для инфицирования и признаки посткоитального воспаления мочевого пузыря:

Гинекологический осмотр. При визуальном изучении наружных половых органов определяется атипичное расположение внешнего отверстия уретры. Часто оно смещено в преддверие вагины или обнаруживается в полости влагалища. Гименоуретральные спайки имеют вид тонких жестких складочек, натянутых от уретры до преддверия. Осмотр на кресле рекомендуется дополнить пальцевой пробой О’Доннелл-Хиршхорна, подтверждающей смещение и зияние мочеиспускательного канала.



Рис. 2. Проба О’Доннелл-Хиршхорна. Два пальца введены во влагалище. Наружное отверстие уретры стало зиять и сместилось ко входу во влагалище, на его переднюю стенку.[2]

Исследование мочи. В общем анализе мочи повышено содержание лейкоцитов, белка (до 1,0 г/л), присутствует слизь, плоский эпителий, могут выявляться эритроциты, бактерии, реакция становится более щелочной. С дифференциальной диагностической целью обследование дополняют анализом мочи по Нечипоренко, трехстаканной пробой. При установлении возбудителя важную роль играет бактериоскопическое исследование уретрального мазка и посев мочи на стерильность.[3]

Для уточнения диагноза и исключения других причин воспаления пациентке дополнительно могут назначить трансабдоминальное УЗИ мочевого пузыря, цистоскопию, посев влагалищного мазка на микрофлору с антибио-тикограммой, ПЦР-диагностику генитальных инфекций.

Заболевание дифференцируют с цисталгией, острым и хроническим циститом другого происхождения, уретритом, опухолями и камнями мочевого пузыря, кольпитом.

Лечение посткоитального цистита.

Одними из наиболее востребованных медикаментов считаются такие препараты как:

- Средства с антимикотическим действием.
- Антибиотики.
- Препараты, предназначенные против вирусов.
- Средства, способные снимать болевые синдромы.

Женщине страдающей от проявления цистита наряду с комплексным лечением нужно выпивать в день большое количество воды. Тогда лечение будет происходить намного быстрее и симптомы скорее отступят.

Лечение проводят комплексными мерами, сопровождающимися медикаментозным и амбулаторным лечением.

На начальных этапах терапии пациенткам с воспалениями мочевого пузыря, рецидивирующими после секса, проводят неспецифическую и специфическую профилактику обострений. Рекомендованный алгоритм пре- и

посткоитального поведения включает тщательную гигиену половых органов перед интимной близостью, использование сертифицированных лубрикантов и нераздражающих контрацептивов, опорожнение мочевого пузыря и туалет вульвы после коитуса, употребление до 2 л жидкости на протяжении следующих суток.[1]

Способы специфической профилактики рецидива цистита подбирают индивидуально. Для угнетения возможных возбудителей заболевания используют растительные уроантисептики с экстрактом клюквы, урологические иммуностимуляторы. Антибиотикопрофилактика посткоитальных форм цистита, несмотря на достаточно высокую эффективность, достигающую 70% и более, проводится ограниченно из-за побочных эффектов фармацевтических препаратов, формирования антибиотикорезистентных штаммов, дисбактериальных осложнений.

В итоге, часто соблюдение простых мер направленных на профилактику достаточно для того чтобы забыть о мучительных симптомах посткоитального цистита. Для того чтобы обезопасить себя от новых проявлений цистита важно:

- Пользоваться средством контрацепции в виде презерватива. Он будет надежной защитой от нежелательных бактерий;
- Регулярное соблюдение правил направленных на поддержание стабильной интимной гигиены. Перед половым актом и конечно после него нужно подмываться с использованием мыла. Такой способ способен устранить большинство патогенных бактерий;
- Контрацепция с применением спермицидов должна быть сведена к минимуму. Чаще всего именно это и приводит к инфекциям в слизистой;
- При совершении сексуального акта, желательно использовать презервативы, в составе которых есть смазка. Она станет надежным помощником в интимной жизни и позволит избежать дополнительных травм;

- Нужно ответственно подходить к выбору мужчины для половых отношений.

Список использованной литературы:

1. Глыбочко П.В. Урология: учебник / П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев. - М.: Практическая медицина, 2019. - 432 с.
2. Нечипоренко Н.А. Урология: пособие для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по специальностям 1-79 01 01 «Лечебное дело»), 1-79 01 05 «Медико-психологическое дело») / Н.А. Нечипоренко, А.Н. Нечипоренко, В.А. Филиппович. - Гродно: ГрГМУ, 2017. - 216 с.
3. Нечипоренко Н.А. Урология: пособие для студентов-субординаторов-хирургов учреждений высшего образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело» / Н.А. Нечипоренко, Н.И. Батвинков. - Гродно: ГрГМУ, 2017. - 168 с.