

Опираясь на более чем 30-летний консультативный опыт работы в поликлинике и анализ наблюдений более чем за 500 пациентками авторы попытались решить проблему цисталгий - этой мало изученной патологии, разработать схему диагностического поиска при таких жалобах и предложить свой метод лечения, дающий положительный эффект до 60%. В 15% случаев использование методики наблюдалось значительное улучшение - воспаление желез исчезало, оставались лишь незначительные неприятные ощущения в области уретры. У 10% в значительной степени уменьшилась интенсивность жалоб, но возникали рецидивы, требовавшие повторного проведения лечения. В 8% получен неудовлетворительный результат и в 17% - он остался неизвестен.

Поликлиническому врачу-урологу приходится довольно часто встречаться с пациентками, предъявляющими жалобы на дизурию, боли в низу живота, чувство жжения в уретре, болезненность при общении с мужчинами, но с нормальными анализами мочи. Чаще таким больным выставляется диагноз «шеечный цистит» или, реже, - «цистальгия». По данным различных авторов, такие больные встречаются от 11 до 20% от общего числа больных женщин (Гольдин Г.И. 1960; Евтухович Ю.И. 1981). Заболевание нередко длится годами, а лечение не приносит успеха.

Имея более чем 30-летний консультативный опыт работы в поликлинике и, как результат, анализ наблюдений более чем за 500 женщинами с указанными выше жалобами, мы смогли решить до некоторой степени проблему цисталгий - этой мало изученной патологии, разработать схему диагностического поиска при таких жалобах и предложить свой метод лечения, дающий положительный эффект до 60%.

Диагноз «шеечный цистит» зачастую неправилен, а «цистальгия» - полиэтиологическое заболевание, но необходимо выявить главный этиологический фактор, ликвидация которого и дает положительный эффект от лечения.

Отсутствие патологии в моче должно настораживать врача, а не искать причины жалоб в мочевом пузыре. Известно, что любое воспаление в мочевых путях характеризуется появлением лейкоцитурии, отсутствие ее исключает воспаление, и поэтому диагноз шеечный цистит, как правило, ошибочный, а назначенное по поводу его

лечение, естественно, не приносит эффекта. Недостаточно опытные врачи принимают легкую гиперемию и отечность слизистой в области шейки мочевого пузыря как признак воспаления, хотя это у женщин, ведущих активную половую жизнь, является нормой и не связано с воспалением мочевого пузыря.

Цистальгия - диагноз более правильный, но в связи с полиэтиологичностью ее требует еще дополнительной расшифровки, ибо в зависимости от этиологического фактора и должно назначаться лечение.

Вопросы этиологии цистальгии еще окончательно не решены. Имеются различные мнения. Одни связывают ее с заболеваниями женской половой сферы (В.И. Клипич, 1963), другие - с гормональными сдвигами (А.В. Златман, 1959), третьи - с нарушением кровообращения (И.М. Эпштейн, 1929), четвертые - с воспалением в подслизистом слое (И.С. Темкин, 1957; Р.М. Франштейн, 1949). Некоторые авторы связывают цистальгию с изменениями в центральной нервной системе (В. Г. Акопов с соавт., 1970; С.Д. Гологорский, 1958; А.В. Люлько с соавт., 1983).

Наш опыт общения с такими больными показывает, что причиной цистальгии могут быть заболевания женской половой сферы и, в частности - опущение передней стенки влагалища, вагиниты, кольпиты, эрозии шейки матки. Чаще же причиной указанных выше жалоб является воспаление скениевых желез - скинеиты.

О наличии парных парауретральных желез у женщин и их заболеваниях впервые сообщили в

1880 году Скине и Вестбрук. Согласно данным дальнейших исследований, проведенных Гутманом, помимо парных парауретральных желез имеется еще много мелких желез числом от 6 до 31, локализованных на передней и задней стенках женского мочеиспускательного канала. У наших пациенток мы в 38% случаев выявили от 6 и более желез. Железы своими выводными протоками открываются в переднюю треть уретры, а центральной разветвляющейся частью иногда достигают шейки мочевого пузыря. У большинства женщин скениевы железы открываются экстрауретрально в непосредственной близости от наружного отверстия уретры «на 5» и «7» часах». Однако необходимо проводить тщательное обследование на предмет выявления, согласно классификации Люмбица А.М., трансуретральных и экстрауретральных желез, являющихся также причиной заболевания и вызывающих указанную выше симптоматику. Wirchow, (1926) трактовал парауретральные железы как гомолог или рудимент предстательной железы - женскую простату.

Проникающая в скениевы железы инфекция вызывает их воспаление - скинеит, проявляющийся дизурией, болями в низу живота, жжением в мочеиспускательном канале. Проникновению инфекции способствует нарушение гигиены, онанизм, инструментальные исследования, половые акты, наличие заболеваний влагалища и шейки матки. Среди возбудителей скинеитов чаще обнаруживаются стафилококки, кишечная палочка, влагалищные трихомонады. Нередко флора скениевых желез соответствует флоре влагалища, что указывает на пути проникновения инфекции и значение в развитии скинеитов заболеваний женской половой сферы (Ю.И.Евтухович, 1982).

Симптомы у наблюдаемых нами больных по частоте распределялись следующим образом: дизурия встречалась в 93,6% случаев, бо-

лезненность при мочеиспускании - в 85,1% случаев, боли в низу живота - в 70,3% случаев, боли при половых сношениях - в 76,6% случаев, жжение в уретре вне акта мочеиспускания - в 72,3% случаев, «сидеть хуже, чем стоять» - в 55,3%, боли при введении инструмента в уретру - в 100% случаев.

У ряда больных проявления заболевания не носили постоянный характер - обострения сменялись «светлыми» промежутками. Возраст больных был от 13 до 45 лет. Длительность заболевания - от года до 10 лет.

Сложность симптомов, наблюдаемых при скинеитах, с симптомами других заболеваний и в первую очередь с циститами, а также малая осведомленность практических врачей и скудность литературных сведений об этой патологии приводят часто к ошибкам в диагностике и отсюда - к неправильному лечению.

Так, среди нашего материала у одной трети больных был выставлен диагноз «цистит», причем у двух третей из них - «шеечный цистит», у 10% - пиелостит, у 5% - туберкулез мочевого пузыря. То есть у половины больных заболевание связывалось с поражением мочевого пузыря и назначавшееся лечение, естественно, не приносило желаемого результата.

Диагноз скинеита устанавливается на основании характерных жалоб, отсутствие изменений со стороны мочи и слизистой мочевого пузыря, наличия признаков воспаления парауретральных желез. Признаками воспаления парауретральных желез является: инфильтрация в области железы, венчик гиперемии вокруг ее устья, гнойное отделяемое из него или гнойная пробочка в нем, болезненность при надавливании на железу и при введении в ее устье зонда. При пальцевом надавливании на наружное отверстие уретры через переднюю стенку влагалища из уретры может появиться гной.

Обследование женщин с симптомами, сходными с жалобами, предъявляемыми при циститах, но

с нормальной мочой и цистоматической картиной начинается с детального изучения жалоб и анамнеза заболевания, где необходимо обратить особое внимание на жжение у наружного отверстия уретры вне акта мочеиспускания, которое значительно часто неправильно интерпретируется больными как позывы на мочеиспускание и боли в низу живота. Моча для анализа во избежание ошибок должна забираться при помощи катетера, цистоскопию следует проводить вне пред- и постменструального периода. Для выявления воспаленных скениевых желез помимо осмотра области наружного отверстия уретры, где чаще открываются экстрауретральные железы, следует внимательно провести исследование уретры на предмет выявления интрауретральных железок, для чего переднюю уретру необходимо раскрыть с помощью анатомического пинцета, либо специального инструмента, предложенного К.Ф.Товстолесом, или дамских шпилек (Малибиц А.М., 1936). Необходимо выявить все воспаленные железы, подлежащие лечению. В противном случае эффекта от лечения может и не быть.

Для облегчения этой процедуры и безболезненного исследования лучше применить местное обезболивание путем введения в уретру палочки с ваткой, смоченной либо 10% раствором кокаина, либо орошения уретры 10% раствором лидокаина. Это одновременно является и диагностическим тестом, указывающим на причину жалоб, так как после анестезии все жалобы исчезают, что позволяет остановиться на диагнозе скинеит и предпринять соответствующее решение, направленное на ликвидацию этиологического фактора так называемой цистальгии. Однако анестезию целесообразно проводить после детального исследования состояния всех желез, так как исчезает один из симптомов воспаления - болезненность при введении инструмента в устье железы. Одновременно следует иссле-

довать гнойное содержимое желез на флору и чувствительность к антибиотикам. При нахождении заболеваний половой сферы проводится консультация гинеколога. По показаниям - невропатолога.

Таким образом, обследование больных с цистальгией складывается: из детального изучения жалоб и анамнеза заболевания, осмотра скениевых желез, микроскопии отделяемого из них, исследования мочи, цистоскопии, при необходимости консультации гинеколога и невропатолога.

В связи с очень малой освещенностью скинеитов в литературе вообще, естественно, что вопросы их лечения изложены еще более скудно, что затрудняет практическим врачам заниматься изучением этого вида патологии. К тому же единого взгляда по поводу лечения скинеитов нет: одни применяют бужирование уретры с целью освобождения протоков желез от гнойного содержимого, другие пытаются промывать железы, третьи вводят в протоки зонды с напаянным на них ляписом в надежде на химическое воздействие на воспаление, четвертые предлагают хирургическое лечение и диатермокоагуляцию (Атабеков Д.Н., 1963). Многие, более или менее глубоко занимавшиеся проблемой этой патологии, предлагают диатермоили электрокоагуляцию желез, не видя толка в консервативных видах лечения (Зенин А.С., Мильченко А.М., Малибиц А.С., 1936; Атабеков Д.Н., 1963). Мы, основываясь на своем относительно богатом опыте, разработали и внедрили в практику свою методику выполнения этого вида лечения, направленную на уничтожение воспаленных скениевых желез, считая ее наиболее эффективной из всех предлагаемых.

После детального обследования уретры и выявления всех воспаленных желез мы проводим местную анестезию уретры путем орошения ее 10% раствором лидокаина из распылителя. После проверки степени анестезии путем введения зонда или москитки в протоки

желез и, убедившись в надежности обезболивания, приступаем к электрокоагуляции воспаленных желез, начиная из глубины уретры к наружному отверстию ее. Последними коагулируются экстрауретральные железы.

Для коагуляции нами был изготовлен электрокаутер (И.А.Усачев) со сменными проволочными петлями, более удобный, чем стандартные электрокаутеры, так как петли можно делать любой длины и ширины. Петля электрокаутера вводится как можно глубже, чтобы скоагулировать весь ход железы, особенно его центральный участок. В противном случае можно «запаять» устье выводного протока железы и нарушить отток из нее, что принесет усиление боли и обострение заболевания.

Как правило, если процедура выполнена правильно, достаточно одного сеанса коагуляции. В случае недостаточно глубокой коагуляции протоков желез и оставления необработанными интрауретральных воспаленных желез приходится прибегать к повторным процедурам, что и было нами произведено у 26% больных. Уже после первой коагуляции почти всегда наступает улучшение, и больные сами просят повторную коагуляцию.

Посредственные результаты чаще встречаются у тех больных, у которых имеется множество пораженных желез и длительный срок заболевания, хорошие - где воспалены только экстрауретральные железы и короткие сроки заболевания. Повторные коагуляции целесообразно проводить после исчезновения реакции на ожог и возможность введения в железу зонда, то есть через 10-12 дней.

У больных с длительными сроками заболевания, где возможно формирование застойных очагов возбуждения в коре головного мозга, отвечающими извращенно на любое раздражение в области воспаленных желез, для достижения хороших результатов приходится применять седативные препараты, а иногда и новокаиновые блокады (парауретральные, пресакральные,

эндовагинальные).

Обязательным условием является лечение воспаления половых органов, как источников в ряде случаев инфицирования скениевых желез.

У больных, пролеченных по нашей методике, мы получили хороший эффект у 60% женщин, у этих пациенток полностью исчезли жалобы и признаки воспаления желез, то есть наступило полное выздоровление, и они больше не обращались за помощью. В 15% случаев наблюдалось значительное улучшение - воспаление желез исчезало, оставались лишь незначительные неприятные ощущения в области уретры. У 10% в значительной степени уменьшилась интенсивность жалоб, но возникали рецидивы, требовавшие повторного проведения лечения. В 8% получен неудовлетворительный результат и у 17% - он остался неизвестен.

Изложенный материал, данные литературы и свой опыт позволяют нам сделать следующие выводы:

1. У части больных женщин, предъявляющих жалобы на дизурию и жжение в уретре при нормальной моче и цистоскопической картине, причиной заболевания следует считать воспаление парауретральных желез - скинеит.

2. Всем больным, которым ставится диагноз цистальгия, необходимо проводить исследования состояния скениевых желез и, в случае обнаружения в них воспаления, предпринимать соответствующее лечение.

3. Лечение скинеитов обязательно должно включать в себя электро- или диатермокоагуляцию всех воспаленных желез.

4. Консервативные методы лечения скинеитов в значительной мере уступают лечению коагуляцией.