

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УРЕТРИТОВ У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Под наблюдением находились 22 женщины с разной длительностью заболевания и с выраженными воспалительными изменениями в уретре. При ультразвуковом сканировании установлены форма уретры, наличие цистоуретральной воронки, остаточной мочи, удвоение почек, нефроптоз и др. отклонения, подтвержденные внутривенной урографией. Среди этиологических факторов воспалительного процесса выявлены *E. coli*, *C. trachomatis*, *M. hominis*, *U. urealyticum*, *Candida albicans*, *Herpes simplex virus*. В лечении использованы антибиотики, нитрофураны, фитопрепараты, а также интерферон и лазеротерапия. Результат лечения - исчезновение клинических проявлений и положительная динамика воспалительных изменений при контрольной уретроцистоскопии.

Введение

В последнее десятилетие во всех экономически развитых странах отмечен рост негонококковых уретритов (НГУ). Затронутая проблема могла быть отнесена к разряду чисто медицинских, если бы не ее серьезные социальные аспекты, так как хронические уретриты, не угрожая жизни больных, часто способствуют развитию тяжелой психосоматической патологии - так называемому уретральному синдрому, при котором женщины не только теряют трудоспособность, но и часто теряют способность к нормальному общению, нуждаясь в помощи психотерапевта или даже психиатра.

Уретрит является наиболее распространенным заболеванием мочеиспускательного канала у женщин. Чаще всего им болеют женщины в возрасте от 20 до 50 лет [3].

Слизистая уретры обладает большой всасываемостью, которая резко увеличивается при ее воспалении. Расположение очень тонкой, легко ранимой слизистой непосредственно на "сосудистом" слое является важной анатомической предпосылкой к проникновению микроорганизмов в венозную систему из просвета уретры [2]. Большое значение для нормального состояния слизистой уретры и хориального сосудистого сплетения в подслизистой прослойке имеет нормальный гормональный гомеостаз. При дефиците эстрогенных гормонов часто наблюдается развитие субатрофических или дистрофических изменений в этих тканях, что тоже нередко способствует хронизации инфекционных процессов.

Стенка мочеиспускательного канала состоит из эпителиальных клеток переходного типа, а в его слизистой оболочке имеются множественные лакуны и крипты, в которых легко задерживается бактериальная флора. Для возникновения уретритов возможно предшествующее повреждение слизистой оболочки мочеиспускательного канала при гонорее, трихомониазе, под действием химических и травматических факторов. Не исключается заражение женщины гонококками, хламидиями и другими микроорганизмами при половом контакте с мужчиной, страдающим неспецифическим уретритом [8].

Таким образом, анатомические особенности строения уретры и венозной системы таза создают исключительно благоприятные предпосылки для возникновения у женщин уретритов.

Значительное место в патогенезе неспецифических уретритов занимает состояние макроорганизма, в частности, снижение иммунореактивных способностей организма. Многое зависит и от аутоиммунных процессов, которые могут иметь место при специфической гонококковой инфекции за счет накопления аутоантител в эпителиальных клетках мочеиспускательного канала, что способствует возникновению упорных неспецифических уретритов [8].

Негонококковые уретриты часто рецидивируют, имеют затяжное течение, приводят к необратимым изменениям мочеполового аппарата. Они обычно протекают торпидно и только в некоторых случаях подостро и остро. Субъективные жалобы у больных негонококковым уретритом не отличаются от жалоб, предвещающих

мых гинекологическими больными, страдающими воспалительными процессами другого происхождения. К ним обычно относится зуд, дизурия, выделения из мочеполовых органов, тупые боли в нижних отделах живота [5,7]. У части больных возникают функциональные поражения нервной системы, нарушения сна, тревожно-мнительное настроение [6,9].

Продолжительность НГУ - от нескольких месяцев до нескольких лет, так как перенесенные скрытые инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, не вызывают у человека стойкого иммунитета. Возможны и реинфекции, которые довольно часты в случаях, если лечится один из сексуальных партнеров и продолжают с ним половые контакты [4].

Наиболее часто (63,6%) уретриты встречаются у рожавших женщин и их развитие нередко носит сезонный характер. При узком интритусе влагалища проникновение бактерий происходит непосредственно через наружное отверстие уретры. При широкой половой щели, что имеет место у женщин, перенесших разрывы промежности, или при неполноценности мышц тазового дна, микроорганизмы вначале попадают во влагалище и в шейку матки, а затем распространяются на уретру [8].

Материалы и методы

Целью нашего исследования было изучение особенностей клиники, диагностики и терапии уретритов у небеременных женщин.

Под наблюдением находились 22 небеременные женщины в возрасте от 18 до 41 года с клиническими проявлениями уретрита.

Воспалительные заболевания гениталий имели место у половины обследуемых женщин (кольпит был у 1 женщины, псевдоэрозия шейки матки - у 9, сочетанное заболевание влагалища и шейки матки - у 1). У 10 (45,4%) из 22 женщин уретрит был диагностирован впервые, у 12 (54,5%) - в анамнезе

имелись сведения о наличии заболеваний других отделов мочевыводящих путей (цистит - у 7, пиелонефрит - у 5).

При обследовании 22 женщины отметили у них 85 симптомов заболевания, что составило в среднем 3,8 симптома на каждую пациентку. Поллакиурия выявлена у 19 (86,3%) женщин, дизурия - у 17 (77,2%), чувство жжения при мочеиспускании - у 16 (72,7%), ощущение некоторого дискомфорта в уретре - у 10 (45,4%), императивные позывы к мочеиспусканию - у 10 (45,4%).

Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 12 лет. Кратковременные ремиссии сменялись частыми обострениями процесса в основном в осенне-зимний период (14 наблюдений). Даже при тщательно собранном анамнезе о причинах патологического процесса в уретре можно было высказаться только предположительно. Часть женщин (31,8%) связывала развитие заболевания с ранее перенесенным циститом, у 2 (9,1%) начало заболевания совпало с дефлорацией. У 3 (13,6%) женщин проявления уретрита возникли после родов, сопровождающихся разрывом тканей родовых путей, у 5 (22,7%) - после гинекологических заболеваний воспалительного характера. У 5 женщин причина уретрита не установлена.

Проводилось следующее обследование: физикальные методы (осмотр, пальпация преддверия влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование), клинико-лабораторное исследование (общий анализ мочи, проба по Нечипоренко, микробиологическое исследование I и II порции мочи и отделяемого уретры), уретроцистоскопия, ультразвуковое сканирование почек, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала (схема 1).

При объективном обследовании гиперемия слизистой оболочки наружного отверстия уретры имела место у 7 (31,8%) женщин. При пальпации уретры со стороны влагалища и при надавливании на нее

по направлению к лонному сочленению у 10 (45,5%) женщин отметили инфильтрацию стенки и ее болезненность. В данное исследование не вошли больные с полипом уретры и скенистом.

Клинические анализы мочи, моча по Нечипоренко были без патологических изменений.

Материалами для микробиологического исследования служили отделяемое уретры, I и II порции утренней мочи. У всех женщин определялась мутная моча, содержащая уретральные нити. При более выраженном воспалительном процессе уретральные нити были длиннее и быстрее опускались на дно пробирки со свежесделанной мочой. Более мутной была I порция мочи. При микроскопии оценивался осадок I и II порции мочи. Оказалось, что в осадке I порции мочи наблюдается обилие полиморфно-ядерных лейкоцитов (>10 в поле зрения светового микроскопа - $\times 1000$), во II - чаще лейкоциты были в небольшом количестве (<3 в поле зрения). Отделяемое уретры, I и II порции мочи микробиологически исследовали на наличие анаэробной и аэробной бактериальной флоры, стрептококков гр. В, дрожжеподобных грибов, а также на наличие возбудителей инфекций, передающихся преимущественно половым путем (трихомонады, гонококки, хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, вирус герпеса 1/2 типа).

Результаты

E. coli выделены у 8 женщин (36,4%), *Enterobacter sp.* у 4 (18,2%), *Streptococcus agalactiae* (серологической группы В) у 2 (9,1%). Среди факультативных микроорганизмов *Corynebacterium sp.* обнаружены у 4 (18,2%) женщин, *Mycoplasma sp.* у 15 (68,2%) (в 4 случаях были выделены *Mycoplasma hominis*, в 10 - *Ureaplasma urealyticum*, в 3 - ассоциации двух видов микоплазм), *Gardnerella vaginalis* в 2 случаях (9,1%), *Candida albicans* - в 2 (9,1%). *Chlamydia trachomatis*

выделены в 5 наблюдениях (22,7%), *Herpes simplex virus* - в 1 (4,5%).

Мы отметили более выраженные клинические проявления при инфицировании мочеиспускательного канала хламидиями, колонизации уреаплазмами и кишечной палочкой. Эти микроорганизмы чаще выделялись из уретры, несколько реже из I порции и примерно в половине исследований из II порции мочи.

При уретроцистоскопии у всех 22 женщин обнаружен воспалительный процесс в мочеиспускательном канале.

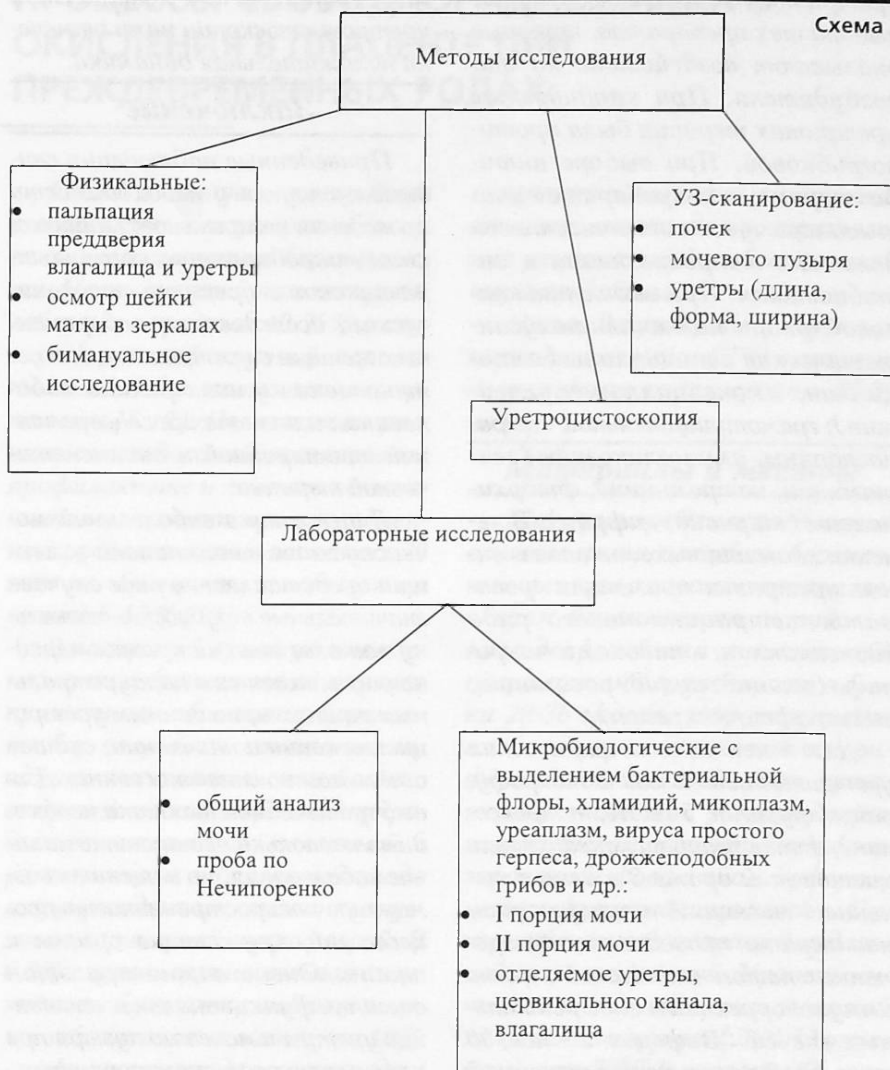
Ультразвуковое сканирование мочевого пузыря, мочеиспускательного канала проводилось трансабдоминальным и трансвагинальным датчиком после ретроградного заполнения мочевого пузыря теплым раствором фурациллина. При этом определяли длину, ширину, форму уретры, наличие или отсутствие цистоуретральной воронки, опухолевидных образований в области мочевого пузыря, определение остаточной мочи. Оценивали состояние чашечно-лоханочной системы почек.

Как известно, у здорового человека первый позыв на мочеиспускание возникает при объеме мочевого пузыря 100-150 мл, выраженный позыв - при заполнении 250-350 мл. В норме длина уретры 3-4 см, просвет (ширина) в поперечном разрезе 10 мм. Поперечный срез уретры при сканировании имеет овальную форму [1,10].

В результате ультразвукового сканирования получены следующие данные: I позыв на мочеиспускание у всех женщин появился при ретроградном заполнении мочевого пузыря теплым раствором фурациллина в количестве от 50-150 мл (в среднем 90,9 мл), при этом длина уретры (при трансвагинальном сканировании) варьировала от 2,0 до 3,2 см (в среднем 2,29 см), ширина составляла от 0,3 до 1,0 см (в среднем 0,55 см). Форма уретры была разной: овальная у 13 (59,1%) женщин, во-

Скрининговое обследование женщин с уретритом

Схема 1



ронкообразная - у 5 (22,7%), колбообразная - у 4 (18,2%).

При стандартном заполнении мочевого пузыря (150-250 мл) образование цистоуретральной воронки наблюдалось у 2 (9,1%) женщин, при этом отмечено укорочение уретры на 0,2 - 0,5 см (в среднем на 0,23 см), что относится к физиологическим колебаниям. Проба Маршала во всех наблюдениях была отрицательной, т.е. недержания мочи при заполнении мочевого пузыря у всех пациенток не было. Остаточная моча в количестве 30,0 мл определялась лишь у 1 пациентки, у которой помимо признаков уретрита имел место и острый цистит - эхографически видный как утолщение стенок мочевого пузы-

ря и яркого свечения полости слизистой мочевого пузыря.

У 6 (27,7%) женщин при ультразвуковом исследовании почек выявлено их удвоение, у 3 (13,63%) - нефроптоз I-II степени (подтверждены внутривенной урографией мочевыводящих путей в положении лежа и стоя), у 1 (4,54%) - гемангиома почки.

Диагноз уретрита мы ставили только после комплексного клинико-лабораторного и ультразвукового исследований.

При лечении неспецифических уретритов половые контакты полностью исключались. Рекомендовалось обильное питье, почечный сбор, умеренная щадящая диета, исключая спиртные напитки, пряности, острые приправы.

Лечение неспецифических уретритов проводилось с учетом выбора тех препаратов, которые оказывают воздействие на вид возбудителя. При кандидозных уретритах терапия была противогрибковой. При выборе антибактериальных препаратов учитывалась чувствительность выделенного микроорганизма к антибиотикам. При выделении кокковой флоры назначали полусинтетические пенициллины (ампициллин, амоксициллин, аугментин); грамотрицательной - цефалоспорины, аминогликозиды (гентамицин, нетромицин), фторхинолоны (таривид, цифран). В лечении хламидийных, микоплазменных уретритов применяли препараты тетрациклинового ряда (доксциклин, юнидокс) и макролиды (кларитромицин, ровамицин, вильпрафен, макропен).

Для лечения неспецифических уретритов использовали нитрофураны (фурагин, 5-НОК, нитроксолин), фитопрепарат канефрон или цистон по 2 драже 3 в день в течение 1 месяца. Антиинфекционная терапия проводилась одновременно с патогенетической с целью иммунокоррекции в виде ректальных свечей "Виферон 2" по 500 тыс. ед. 2 раза в день в течение 5 дней с перерывом на 7 дней, с повторными курсами.

При остроконечных кондиломах проводилась лазерокоагуляция, при небольших кондиломах применялся препарат "Солкодерм", спрей "Эпиген" или "Кондиллин".

Всем пациенткам проводилось 8-10 сеансов лазеротерапии (полупроводниковым лазером низкоинтенсивного излучения с длиной волны 760-820 нм) с применением рассеивающей насадки в области мочевого пузыря в течение 3-5 минут при мощности лазерного излучения 100 мВт, в комбинации с антиоксидантными препаратами (тиосульфат натрия, унитиол, аскорбиновая кислота).

После проведенного курса этиотропной и патогенетической терапии у всех женщин полностью

исчезли клинические проявления заболевания, а при контрольной уретроцистоскопии нами отмечена положительная динамика.

Заключение

Приведенные наблюдения свидетельствуют о необходимости проведения комплексного клинического, микробиологического, ультразвукового, уретроцистоскопического исследования небеременных женщин с уретритами для установления у них причины заболевания и назначения своевременной этиотропной и патогенетической терапии.

Диагностика заболеваний мочеиспускательного канала у женщин представляет в ряде случаев значительные трудности, поскольку патологический процесс нередко располагается в парауретральных тканях и, по данным уретроцистоскопии и пальпации, судить о нем можно лишь косвенно. Для выбора лечебной тактики необходимо не только установить наличие заболевания, но и оценить возможную распространенность процесса на окружающие органы и ткани. Очень важно при этом оценить функциональное состояние уретры и мочевого пузыря при ультразвуковом сканировании.

Помимо этиотропной терапии уретритов необходимо применять и патогенетическую, включающую низкоинтенсивную лазеротерапию, которая в настоящее время занимает одно из ведущих мест в клинической практике для профилактики и лечения различных нарушений, обусловленных воспалительными и дегенеративно-дистрофическими процессами половой сферы. Одним из ведущих показателей для лазеротерапии является воспалительно-болевой синдром, сопровождающий уретрит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ануэбнева Анайучкуву Виктор. Ультразвуковая диагностика заболеваний мочеиспускательного канала у женщин. - Автореферат дис... к.м.н. - М. - 1993. - 20 стр.

2. Варшавский С.Т. Уретровенозный рефлюкс и его клиническое значение. - Ташкент. - 1963. - 125 стр.

3. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. - М. - Медицина. - 1986. - 450 стр.

4. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Атлас вирусных, хламидийных заболеваний гениталий и цитопатологии. - М., "Авиценна", 1996. - С. 147 - 148.

5. Лысенко О.В. Клинические особенности постгонорейных заболеваний у женщин. - Сб. Заболев., перед. полов. путем. - Горький. - 1989. - стр. 173

6. Никитина В.Н. Воспалительные заболевания мочеиспускательного канала. - М. - Медицина. - 1987. - 214 стр.

7. Пермьяков А.Н. Уретральный синдром у женщин. - Автореферат дис...к.м.н. - М. - 1983. - 22 стр.

8. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. - М. - Медицина. - 1984. - 291 стр.

9. Kurowski K. The women with dysuria // Am. Fam. Physician. - 1998. - Vol 57. - N 9. - P. 2169-70

10. Siegel C.L., Middleton W.D., Teefey S.A. et al. Sonography of the female urethra. Am. J. Roentgenol. - 1998. - Vol. 170. - N 5. - P. 1269-74

11. Shahmanesh M., Pandit P.G. Round R. Urethral lymphocyte isolation in nongonococcal urethritis. - Dept. of Genitourinary Med. - 1996. - Vol. 72. - N 5. - P. 362-364.