

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-614-0-4>

SURGICAL TREATMENT OF SKINITIS

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ СКІНАЙТУ

Leonov A. V.

*Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor,
Medical Director
Private Enterprise Medical and
Diagnostic Center «Olimpiyskiy»
Kharkiv, Ukraine*

Леонов А. В.

*кандидат медичних наук, доцент,
медичний директор
Приватне підприємство Лікувально
діагностичний центр «Олімпійський»
м. Харків, Україна*

Вступ. Скінаїт – це переважно хронічне запалення залоз Скіна, що характеризується дизурією переважно у жінок, які недавно живуть активним статевим життям [1; 2]. Протоки Скіна парні, і є лише в жінок. Мають довжину близько 4 мм. Відкриваються в жіночу уретру поблизу зовнішнього отвору. Діагностуються при огляді зовнішнього отвору жіночої уретри візуально, при натисканні на парауретральну ділянку протоку може виділятися гній [3; 4].

Мета дослідження. Оцінити частоту скінаїту серед пацієнток, які страждають на дизуричні розлади; з'ясувати причини появи скінаїту. Оцінити ефективність хірургічного лікування скінаїту.

Матеріали та методи. За період з 2008 по 2025 р. до клініки звернулося 6472 пацієнтки молодого віку зі скаргами на дизуричні явища. З них 472 (7%) пацієнтки проходили лікування в урологів та гінекологів більше 2 років, змінили понад 4 вузьких фахівців. У всіх 472 пацієнток, що лікувалися в урологів, не проводилося вагінального огляду, не призначалася діагностична уретро-цистоскопія – у 17 (3,6%) пацієнток, лікування призначалося на підставі скарг і даних лабораторних методів дослідження у 392 (83,5%) пацієнток, на підставі КТ, 3 (36%) пацієнток. З 472 пацієнток у 8 (1,6%) діагностували скінаїт тільки на підставі огляду *od osculus*. У всіх 8 пацієнток так само була виявлена гіперторфія слизової оболонки піхви, і меатостеноз. Візуально зовнішній отвір уретри в складках слизової оболонки піхви не візуалізований, і стає доступним огляду тільки після розсування складок. При уринуванні струмінь сечі зустрічає опір своєму струму на виході, розбризкується по всій піхві. Також зовнішній отвір жіночої уретри пропускало важко уретральний буж Гюйона № 9. Урофлуометричний індекс становив 9 ± 1 мл/с. Всі 8 пацієнток були молодого віку, і всі на уточнювальному розпитуванні пов'язали свої скарги зі статевим

життям, і всі 8 пацієнок утримувалися від коїтусу в термін від 3 місяців до 2 років, через побоювання погіршення свого стану. Відповідні моральні, фізіологічні страждання зазнавали і статеві партнери пацієнок, за рекомендацією лікарів пацієнок вони так само піддавалися всебічному дослідженню, тривалому антибактеріальному лікуванню непідтвердженого в подальшому уретро-простатиту і т.д. При лабораторному дослідженні не було виявлено у пацієнок представників умовно-патогенної урогенітальної флори. Сонографія, діагностична уретро-цистоскопія у жодної з 8 пацієнок не виявила будь-якої урогенітальної патології. При огляді на урологічному кріслі уражені залози Скіна визначаються у вигляді незначного болючого ущільнення на передній стінці нижньої третини піхви. Якщо дослідження дозволяє без болю провести натискання на інфільтрат, то можливе виділення невеликої кількості вмісту залоз із зовнішнього отвору жіночої уретри. Уретроскопія виявилася малоінформативною, за винятком діагностування меатостенозу, не давала жодних даних.

Отримані результати. Враховуючи тривале і абсолютно неефективне протизапальне консервативне лікування у гінекологів і урологів, маючи отримані дані, що вказують на наявність своєрідної інфравезикальної обструкції сечових шляхів, що проявила себе після початку активного статевого життя, було вирішено відразу після всебічного, але нетривалого обстеження запропонувати хірургічне лікування. У 2 (25%) випадках під внутрішньовенною анестезією та в 6 (75%) випадках під місцевою інфільтративною анестезією 0,5% розчином новокаїну, проведена плоскостна резекція гіпертрофованої слизової передньої стінки піхви на ділянці, достатній для повного оголення зовнішнього отвору жіночої уретри, меатотомії, гемостаз проводився біполярною коагуляцією; операцію завершували залишенням в уретрі уретрального катетера Фоллея № 24 терміном до 7 діб. Щоденні перев'язки під лікарським контролем з обробкою післяопераційної рани хлоргексидином. Інфільтрат на передній стінці піхви зникав на 5 ± 1 добу. Післяопераційних ускладнень не спостерігалось. Антибактеріальна терапія не проводилась. Статеве життя повернуто на 2-й тиждень, скарг немає. Пацієнтки почуваються здоровими. Пацієнтки оглянуті через 1 місяць, 3 місяці та 6 місяців, здорові, статеве життя регулярне та з фізіологічними надмірностями, уретральний буж Гюйона № 20 вільно проходив. Урофлуометричний індекс становив 23 ± 2 мл/с.

Висновки. Скінаїт зустрічається рідко (0,12%), діагностується із великим запізненням, так як попередні фахівці довго намагалися проводити протизапальну терапію з приводу різної можливо невірно виявленої урогінекологічної патології (кольпіт, аднексит, цервіцит,

цистальгія, хронічний, шийковий, посткоїтальний цистит) без урахування порушень уродинаміки. На нашому клінічному матеріалі скінаїт був наслідком локальної ситуації у вигляді меатостенозу з інфравезикальною обструкцією, компенсованою до початку активного регулярного статевого життя, у поєднанні з гіпертрофованою слизовою оболонкою передньої стінки піхви, що закриває зовнішній вроджений звужений отвір жіночої уретри. Патологічний стан унеможлилював безболісне статеве життя, завдавав стійкий дизуричний синдром після розвитку скінаїту. Ліквідація інфравезикальної обструкції за відсутності патогенної інфекції призводила до швидкого зворотного розвитку скінаїту, без подальших рецидивів та одужання в 100% випадків.

Література:

1. Gallo, D. Skenitis and stenosis of the urinary meatus. *Rev. Mex. Urol.* 1964. 23, 89–103.
2. Lucioni A, Rapp D.E, Gong E M, Fedunok P, Bales G.T. Diagnosis and management of periurethral cysts. *Urol Int.* 2007;78(02):121–125.
3. Miranda, E. P., Almeida, D. C., Ribeiro, G. P., Parente, J. M., and Scafuri, A. G. Surgical treatment for recurrent refractory skenitis. *The Scientific World JOURNAL: TSW Urology.* 2008. 8, 658–660. DOI 10.1100/tsw. 2008.92.
4. Tamburrini S, Vascone C, Marrone V. Skene's glands abscess an overlooked diagnosis in acute lower urinary symptoms. *Radiol Case Rep.* 2021; 16(12): 3751–3756.