

**ДЕФЛОРАЦИОННЫЙ ЦИСТИТ: ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА,
ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ****Маликов Джалолиддин Ибрафиллович****Вохидов Санжар Кудратуллаевич****Научный руководитель:****Бобокулов Нурилло Асатович****Самаркандский государственный медицинский университет**

Аннотация: В данной статье рассматриваются особенности этиологии, патогенеза и клинического течения дефлорационного цистита у женщин репродуктивного возраста. Особое внимание уделено роли анатомо-топографических факторов, таких как влагалищная эктопия и гипермобильность наружного отверстия уретры, способствующих транслокации условно-патогенной микрофлоры во время коитуса. Авторы проводят сравнительную оценку эффективности стандартной антибактериальной монотерапии и разработанной комплексной схемы лечения, включающей фитопрепараты и посткоитальную поведенческую профилактику. Результаты исследования демонстрируют значительное снижение частоты рецидивов заболевания и ускорение сроков медико-социальной реабилитации пациенток при междисциплинарном подходе.

Ключевые слова: дефлорационный цистит, эктопия уретры, гипермобильность уретры, посткоитальная профилактика, урогенитальные инфекции, *Escherichia coli*, комплексная терапия.

**DEFLORATION CYSTITIS: FEATURES OF PATHOGENESIS, DIAGNOSIS AND
COMPLEX THERAPY****Malikov Djaloliddin Isrofilovich****Vohidov Sanjar Qudratullayevich****Scientific Supervisor: Bobokulov Nurillo Asatovich****Samarkand State Medical University**

Abstract: This article examines the specifics of etiology, pathogenesis, and clinical course of defloration cystitis in reproductive-aged women. Special attention is paid to the role of anatomical and topographical factors, such as vaginal ectopia and hypermobility of the external urethral meatus, which facilitate the translocation of opportunistic microflora during



coitus. The authors conduct a comparative evaluation of the efficacy of standard antibacterial monotherapy versus a developed complex treatment regimen that includes phytopreparations and postcoital behavioral prophylaxis. The study results demonstrate a significant reduction in the recurrence rate of the disease and a faster period of medical and social rehabilitation of patients through an interdisciplinary approach.

Keywords: defloration cystitis, urethral ectopia, urethral hypermobility, postcoital prophylaxis, urogenital infections, *Escherichia coli*, complex therapy.

Цель исследования: Оптимизировать тактику лечения и профилактики дефлорационного цистита у женщин репродуктивного возраста на основе изучения анатомо-топографических особенностей мочеполовой системы, характера микробного пейзажа и внедрения комплексных терапевтических схем.

Материалы и методы: В исследование были включены **78 пациенток** в возрасте от 18 до 26 лет с клинической картиной острого дефлорационного цистита (связанного с началом половой жизни), обратившихся в клинику в течение первых 48–72 часов от момента манифестации симптомов. Пациентки были разделены на две группы: основную (n=40), получавшую комплексную терапию, и контрольную (n=38), получавшую стандартную эмпирическую антибактериальную терапию.

Комплекс диагностических мероприятий включал:

Клинико-anamnestический метод: анализ жалоб (дизурия, поллакиурия, боли над лоном), сбор анамнеза (оценка связи симптомов с коитусом).

Физикальное и гинекологическое обследование: осмотр на кресле обязательной оценкой анатомического расположения наружного отверстия уретры (выявление гипермобильности уретры или ее влагалищной эктопии).

Лабораторная диагностика: общий анализ мочи (оценка лейкоцитурии, гематурии), бактериологический посев мочи с определением титра возбудителя и его чувствительности к антибиотикам, ПЦР-диагностика мазков из цервикального канала на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).

Терапевтические протоколы: В контрольной группе применялась стандартная монотерапия фосфомицином или фторхинолонами. В основной группе антибактериальная терапия дополнялась фитопрепаратами с диуретическим и противовоспалительным действием, локальной терапией (эстрогенсодержащие кремы по показаниям) и подробным консультированием по посткоитальной гигиене.

Результаты: Анатомические факторы и микробиология: У 34,6% (27 пациенток) была выявлена влагалищная эктопия или выраженная гипермобильность наружного отверстия уретры, способствующая забросу (рефлюксу) влагалищной микрофлоры в мочевой пузырь во время коитуса. При бактериологическом исследовании мочи в 82,1% случаев основным патогеном являлась *Escherichia coli* в диагностически



значимом титре (более 10^4 КОЕ/мл). У 15,4% пациенток в моче и мазках выявлялся сопутствующий дисбиоз влагалища (*Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*).

Динамика выздоровления: В основной группе, получавшей комплексное лечение и превентивные меры, купирование болевого синдрома и дизурии происходило в среднем на $1,8 \pm 0,4$ суток быстрее, чем в контрольной группе. Локальный статус слизистых оболочек восстанавливался значительно эффективнее.

Рецидивирование: При динамическом наблюдении в течение 6 месяцев частота рецидивов цистита в основной группе составила всего 5% (2 пациентки, у которых имелась истинная анатомическая эктопия уретры, требующая хирургической коррекции), в то время как в контрольной группе повторные эпизоды возникли у 23,7% (9 пациенток) из-за несоблюдения правил посткоитальной профилактики.

Выводы: Развитие дефлорационного цистита обусловлено сочетанным воздействием анатомических предпосылок (эктопия, гипермобильность уретры) и микробиологического фактора (транслокация условно-патогенной флоры влагалища, преимущественно *E. coli*, в мочевые пути во время первого коитуса).

Стандартная эмпирическая антибактериальная терапия эффективна для купирования острого процесса, но демонстрирует высокую частоту рецидивов (более 23%) без устранения предрасполагающих факторов.

Комплексный подход, включающий выявление анатомических аномалий, санацию сопутствующих урогенитальных инфекций партнеров и обязательное внедрение посткоитального поведенческого протокола (принудительное мочеиспускание после коитуса, гигиена), позволяет снизить риск хронизации процесса в 4,7 раза. При стойкой анатомической эктопии уретры методом выбора для профилактики рецидивов остается плановая транспозиция уретры.

Литература:

Лоран, О. Б. Посткоитальный цистит у женщин: анатомические особенности и тактика хирургического лечения / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова, И. В. Косова // *Урология*. – 2023. – № 4. – С. 18–23.

Пушкар, Д. Ю. Инфекции мочевыводящих путей у женщин: от острого цистита к хроническому рецидивированию / Д. Ю. Пушкар, А. В. Зайцев // *Акушерство и гинекология*. – 2024. – Т. 112, № 2. – С. 54–61.

Неймарк, А. И. Особенности ведения пациенток с дефлорационным циститом и сопутствующим дисбиозом влагалища / А. И. Неймарк, М. В. Раздорская // *Российский вестник уролога*. – 2025. – № 1. – С. 39–44.

Гвоздев, М. Ю. Влагалищная эктопия уретры как причина стойкой дизурии: диагностика и оперативное лечение / М. Ю. Гвоздев, Ю. А. Куприянов // *Клиническая урология*. – 2024. – № 3. – С. 72–78.