

СКРИНИНГ АНАТОМИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗВИТИЮ СЕКС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ДИЗУРИИ У ЖЕНЩИН

Андреев С.В., Гарагатый А.И., Логвиненко И.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала

Введение. Лечение женщин, страдающих рекуррентной секс-индуцированной дизурией (РД), представляет весьма нетривиальную задачу, в основном, из-за недостаточной осведомленности практикующих врачей о механизмах формирования этого изнуряющего молодых пациенток страдания, сопровождаемого периодическим развитием ярко выраженной ирритативной симптоматики за счет химико-биологического раздражения рецепторного аппарата уретры (рефлюкс-уретрит) и воспалительными осложнениями за счет восходящей микробной контаминации мочевого тракта (цистит, пиелонефрит).

Развитие заболевания непосредственно связано с секс-индуцированным рефлюксом вагинального содержимого в уретру, чему способствуют анатомо-физиологические особенности женского организма (короткая широкая уретра) и индивидуальные вариации топологии наружного отверстия уретры – так называемая вагинальная эктопия уретры (ВЭУ) и ее гипермобильность на фоне уретро-гименальных спаек (УГС) – остатков девственной плевы.

Однако, субъективная оценка этих признаков не всегда однозначна. Далеко не во всех случаях среди женщин с РД, явно присутствует ВЭУ и УГС, равно как и среди здоровых особ, не всегда можно уверенно констатировать их отсутствие, что затрудняет диагностику и способно повлечь ложные выводы. В этой связи, имеется насущная необходимость в обладании более постоянным отличительным признаком, указывающем на анатомическую склонность женщины к развитию РД.

Материалы и методы. Проведено сравнительное морфометрическое обследование 215 пациенток фертильного возраста (18-45 лет), страдающих РД и 580 здоровых женщин (не страдающих РД) аналогичного возраста, для уточнения отличий в топологии наружного отверстия уретры относительно интроитуса с целью применимости данных для диагностики анатомической предрасположенности к инициации заболевания. Изучена информативность визуального определения ВЭУ, пробы Хиршхорна-О’Доннелл и измерения величины уретро-киторального промежутка. Все данные подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования и обсуждение. Установлено, что визуальные признаки ВЭУ присутствуют среди пациенток с РД существенно чаще (в 4,4 раза), чем среди здоровых особ – 98 (45,6%) против 61 (10,5%) соответственно. Одновременно выяснено, что в соответствии с «традиционным описанием» – расположение уретры проксимально от плоскости входа во влагалище, наличие ВЭУ можно было с уверенностью констатировать лишь у половины женщин с РД – 98 (45,6%). В остальных наблюдениях наружные гениталии пациенток с РД внешне практически не отличались от таковых у здоровых особ.

Присутствия УГС у женщин оказалось весьма варибельным признаком. Само по себе их наличие разной степени выраженности встречалось достаточно часто как среди здоровых особ, так и среди пациенток с РД – 285 (49,1%) и 122 (56,7%) соответственно. Более патогномичным критерием явился позитивный характер пробы Хиршхорна-О’Доннелл, свидетельствующий о гипермобильности дистальной уретры за счет УГС. Так, среди пациенток с РД проба Хиршхорна-О’Доннелл оказалась позитивной в 110 (51,2%) наблюдениях, что в 5 раз превысило аналогичный показатель среди здоровых женщин – 59 (10,2%).

Проверка нулевой гипотезы (критерий χ^2) установила, что для РД патогномичными признаками являются: ВЭУ ($\chi^2=114,53$; $p<0,001$) и/или УГС, но лишь при условии позитивного характера пробы Хиршхорна-О’Доннелл ($\chi^2=91,80$; $p<0,001$). Само по себе наличие УГС, без учета результатов пробы на мобильность, не являлось достоверным фактором, ассоциированным с РД ($\chi^2=3,62$; $p>0,05$). Чувствительность тестов оказалась низкой – 45,6 и 36,3%, при хорошей специфичности – 89,5 и 91,7% и прогностической значимости – 61,6 и 61,9% соответственно. Субъективная оценка этих признаков была не всегда однозначной.

Для измерения величины УКП была отработана однотипная методика. Использован прием разведения лепестков малых половых губ и оттеснения их в вентральном направлении до начала поступательного движения наружного отверстия уретры. При этом образуется перевернутый практически равносторонний треугольник, в основании которого находится головка клитора, а у

вершины отверстие уретры, расстояние между которыми измеряется. Это позволило унифицировать получаемые данные и провести сравнения.

В результате выявлены достоверные различия между величиной УКП у женщин с РД и здоровых особ. Для пациенток с РД оказалась типичной величина УКП более 3 см, а для здоровых женщин – 3 см и менее ($\chi^2=403,84$; $p<0,001$). Средние показатели – $3,70\pm 0,39$ (Ме 3,7) против $2,63\pm 0,39$ см (Ме 2,6) соответственно ($p<0,01$). Различия между рожавшими и нерожавшими женщинами были незначительными – $3,67\pm 0,34$ против $3,70\pm 0,40$ см при РД ($p>0,05$) и $2,65\pm 0,41$ против $2,57\pm 0,33$ см у здоровых пациенток ($p>0,05$) соответственно.

Методика измерения УКП показала сбалансированную чувствительность (91,6%), специфичность (85,1%) и прогностическую ценность (69,7%) и практически не зависела от возраста, паритета и антропометрии женщины, что свидетельствовало о стабильности параметра и применимости его для скрининга анатомической предрасположенности к РД.

Выяснено что, чем больше величина УКП, тем сильнее выражена воронкоподобная конфигурация интроитуса, ближе друг к другу отверстия уретры и влагалища, их оси сходятся, короче длина уретры (по данным УЗИ), тоньше уретровлагалищная перегородка, дистальная уретра явно провисает в просвет влагалища, но менее развиты УГС (и наоборот). В тех немногочисленных ситуациях, когда у пациенток с РД величина УКП оказывалась меньше 3 см – 18 (8,4%), обычно присутствовали «мощные» УГС (в отличие от здоровых женщин), что и обуславливало чрезмерное вовлечение дистальной уретры в половой контакт и развитие заболевания. В большинстве своем при РД имели место те или иные вариации сочетаний ВЭУ (УКП > 3 см) и различной выраженности УГС.

Факт сочетанного участия ВЭУ и УГС в развитии РД важен для определения рациональной лечебной тактики, в первую очередь, определения рационального объема хирургического пособия. При УКП ≤ 3 см вполне достаточно выполнение гименоластики по Хиршхорну, а при УКП > 3 см целесообразно (наряду с рассечением УГС) предусмотреть транспозицию дистальной части уретры.

Параметры «мужских достоинств» (по результатам ориентировочной оценки женщинами длины эрегированного фаллоса у полового партнера) оказались вполне сопоставимыми – $15,3\pm 1,8$ против $14,7\pm 1,7$ см ($p>0,05$) при РД и у здоровых особ соответственно. Это исключает избыточную значимость фаллического фактора в генезе РД ($\chi^2=0,69$; $p>0,05$) и подтверждает основную роль именно анатомических предпосылок со стороны интроитуса женщины. Тем не менее, отмечено, что при относительно крупном фаллосе – более 18 см (8-10%), чаще встречались спорадические эпизоды дизурии у женщин ($\chi^2=12,33$; $p<0,01$).

Заключение. Измерение величины УКП – простой диагностический прием, обладающий достаточной степенью информативности, может быть использован в качестве дополнительного критерия анатомической предрасположенности женщины к развитию РД, особенно при скрининге и в сомнительных ситуациях. Для пациенток с РД характерна величина УКП более 3 см, а для здоровых женщин – 3 см и менее ($\chi^2=403,84$; $p<0,001$).

При отсутствии клинических проявлений РД, любые анатомические конфигурации преддверия влагалища женщин, являются не более чем индивидуальными особенностями, которые могут остаться незамеченными или проявить себя в последующем (например, при смене полового партнера).

ДИСЛИПИДЕМИЯ И СНМП – КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ

Аркатов А.В., Беспалов Ю.В.

Хрьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала»

Сердечнососудистые заболевания (ССЗ) атеросклеротической природы в настоящее время представляют важнейшую медико-социальную проблему, являясь ведущей причиной заболеваемости и смертности во всем мире. В Украине заболеваемость и смертность вследствие ССЗ в 1,5-2 раза выше, чем в экономически развитых странах Европы и Северной Америки. 75% случаев сердечнососудистых смертей приходится на страны с низким и средним уровнем доходов населения.

Ведущая роль в ССЗ принадлежит атеросклерозу, развитие которого происходит в результате гиперхолестеринемии (дислипидемии).

Традиционная гипохолестеринемическая терапия основана на применении синтетических средств – статинов и фибратов. Действие статинов основано на контроле производства холестерина в печени. Фибраты воздействуют на уже существующий в крови холестерин (ХС), особенно на