

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПОСТКОИТАЛЬНЫМ ЦИСТИТОМ

*Гарагатый А.И., Андреев С.В., Логвиненко И.В., Грабарь А.П., Остапенко Р.Н.,
Ольховская А.А.*

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков
КНП ХОС «Областной медицинский клинический центр урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала»,
г. Харьков

Рецидивирующий характер посткоитального цистита/уретрита (РЦ) у молодых женщин, в первую очередь, связан с секс-индуцированным рефлюксом вагинального содержимого в просвет уретры (реинфицирование, химико-биологическое раздражение), чему способствуют индивидуальные вариации топологии наружного отверстия мочеиспускательного канала – так называемая вагинальная эктопия уретры (ВЭУ) и ее гипермобильность за счет уретрогименальных спаек (УГС) – остатков девственной плевы.

Как следствие традиционное антибактериальное лечение оказывается недостаточно эффективным, так как, ликвидируя клинические проявления очередного обострения, оно не предотвращает анатомические условия для рецидива заболевания.

Понимание указанных патологических механизмов развития РЦ способствовало разработке достаточно эффективных мер лечебной и профилактической помощи такого рода женщинам, вплоть до хирургической коррекции – транспозиции уретры.

В ХОМКЦУН им. В.И. Шаповала в течение длительного времени используется тактика последовательного применения профилактических рекомендаций (поведенческая терапия), а при их недостаточной эффективности – хирургического лечения (оригинальная методика нервосберегающей транспозиции дистальной уретры), целью которых является максимальное нивелирование влияния секс-индуцированного уретрального рефлюкса. При этом именно поведенческая терапия, в силу ее простоты и доступности, является ведущей лечебно-профилактической методикой (эффективность на уровне 80-90%), а хирургическая коррекция – лишь крайней мерой (в случаях недостаточности профилактических рекомендаций).

Принципиальными моментами поведенческой терапии (ПТ) являются: 1) информированность пациентки о наличии у нее индивидуальной предрасположенности к РЦ (это зачастую позволяет вернуть женщину из «зазеркалья сомнений» в реальность, восстановить психологическое состояние и доверие в семье); 2) коррекция гигиенических и сексуальных паттернов – нивелирование дополнительных факторов и раздражителей, способствующих микробному обсеменению и дизурии; 3) уменьшение степени вовлеченности дистальной уретры в сексуальные атаки – инертные смазки; 4) посткоитальное мочеиспускание – вымывание потоком мочи, попавших в уретру влагалищных выделений; 4) местная посткоитальная обработка антибактериальным кремом области миатуса для максимального уничтожения бактериальной флоры в месте внедрения (альтернатива профилактическому приему антибиотиков) – 2 месяца постоянно, затем – по мере надобности (определяется женщиной, например, при агрессивном половом контакте, перверсиях и т.д.); 5) восстановление естественного микробиоценоза влагалища (лактобактерии) – снижение степени агрессивности микробного пула.

Примечательно, что поведенческая терапия изначально была разработана как подготовительная санационная мера к хирургическому лечению, но в процессе исследования

и наблюдения выяснилось, что она весьма эффективна в качестве самостоятельной терапевтической методики и позволяет достичь позитивных результатов у большинства женщин, страдающих РЦ не прибегая к оперативному пособию.

Вместе с тем действенность ПТ зависит от ряда факторов. Так, имеет место отрицательная зависимость между ее эффективностью и длительностью заболевания, что подтверждает известный медицинский постулат: чем раньше начато лечение, тем лучше его результаты (рис 1).

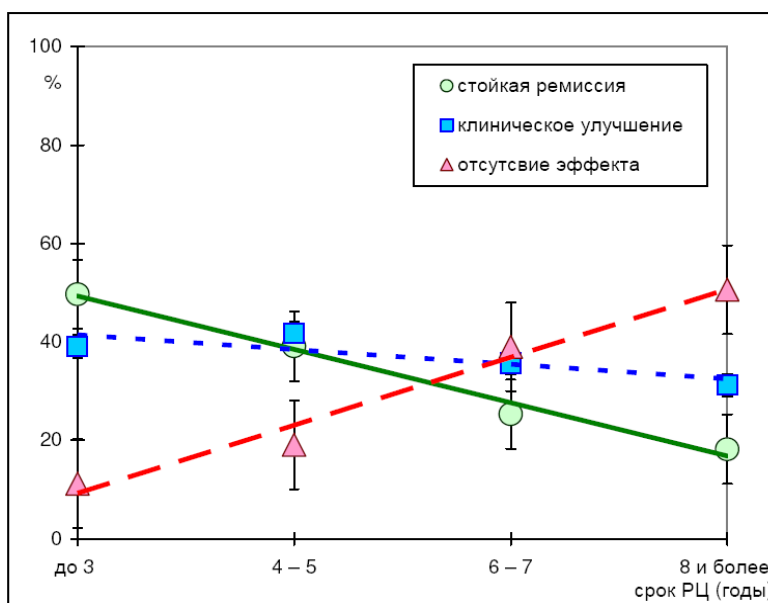


Рис.1 Графики линейных зависимостей эффективности поведенческой терапии от времени заболевания у пациенток с РЦ

Как видно из представленного, наиболее действенна поведенческая терапия для пациенток с РЦ в сроки до 5 лет заболевания, когда число позитивных результатов (стойкая ремиссия + клиническое улучшение) явно преобладает над негативными исходами – 88,8% против 11,2% соответственно ($\chi^2 = 13,8$; $p < 0,001$). После этого эффективность ПТ заметно снижается, в первую очередь, за счет уменьшения доли стойкой ремиссии и увеличения частоты отрицательных исходов, которые при давности заболевания более 5 лет начинают преобладать – 49,4% против 50,6% соответственно.

Следующим значимым фактором, оказывающим влияние на эффективность ПТ являются индивидуальные анатомические особенности строения преддверия влагалища женщины. Так, действенность ПТ явно снижается пропорционально величине уретроклииторального промежутка (УКП). Наибольшая польза от ее применения наблюдалась при величине $УКП < 4,0$ см, когда число позитивных результатов (стойкая ремиссия и клиническое улучшение) явно преобладало – 84,9% против 15,1% соответственно ($\chi^2 = 27,84$; $p < 0,001$), тогда как при более выраженных формах вестибулярной топологии миатуса ($УКП \geq 4,0$ см) имело место противоположное соотношение – 38,5% против 61,5% соответственно.

То есть, чем ближе расположен миатус по отношению к интроитусу, тем выше вероятность и интенсивность секс-индуцированного уретрального рефлюкса и недостаточны нивелирующие возможности поведенческой терапии. В этом случае хирургическое лечение

(траспозиция дистальной уретры) является патогенетически обоснованным и приоритетным способом лечения, поскольку именно оно позволяет устранить анатомические причины развития РЦ, позволяя реабилитировать тех пациенток, которым не помогла поведенческая терапия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 5 ТИПА СИЛДЕНАФИЛА ЦИТРАТА В ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Гурженко Ю.Н.

Украинский институт сексологии и андрологии, г. Киев

Введение. Эректильная дисфункция (ЭД) – это неспособность достигать или поддерживать эрекцию, достаточную для проведения полового акта. «Золотым стандартом» в лечении ЭД в настоящее время в мире считают группу препаратов – ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (ИФДЭ5), представителем которой является силденафила цитрат. Множество клинических исследований подтверждают клиническую эффективность силденафила цитрата оригинального препарата. Но в теперешнее время актуальным вопросом является продолжение поиска генерических препаратов силденафила цитрата, обеспечивающих гармоничное соотношение всех составляющих современного лекарственного средства: эффективность, безопасность и, что очень важно для фармацевтического рынка Украины, экономическая доступность [1,2,3].

Силденафил цитрат получил общее признание во всем мире как безопасный, эффективный препарат для перорального приема с целью лечения ЭД. Его доказанные преимущества принесли пользу миллионам мужчин и их партнерам. Как пациенты, так и врачи осознают важность восстановления уверенности в себе и чувства собственного достоинства, что и обеспечивает препарат силденафила цитрат.

Исходя из современных научных данных, эрекция полового члена – это комплексная реакция, возникающая в результате сложных взаимодействий нервной, эндокринной и сосудистой систем. Патология в какой-либо из них ухудшает качество эрекции или приводит к её полному отсутствию. Одно из ведущих патогенетических звеньев ЭД – нарушение метаболизма оксида азота (NO), необходимого для расслабления гладких мышц пещеристых тел [1,4,5,6,7,8,9].

Синтезируется оксид азота в организме человека двумя путями: в эндотелиальных клетках с помощью эндотелиальной синтетазы оксида азота (эСОА) и в кавернозных нейронах с помощью нейрональной синтетазы оксида азота (нСОА). Это доказывает, что эндотелиальная дисфункция является важным этиологическим фактором ЭД, поскольку важна эСОА для поддержания эрекции.

Сам по себе феномен эрекции - это сложная цепь нейрососудистых модификаций в кавернозной ткани, пиком в которой является релаксация гладкомышечных элементов трабекул и дилатация артериальных сосудов. Артериальная кровь в кавернозные тела полового члена транспортируется пенильными дорсальными и кавернозными артериями, которые являются ветками внутренней срамной артерии. До средней трети кавернозных тел кавернозные артерии имеют магистральное строение, а далее преобладает рассыпной тип строения (спиралевидные артерии). Дилатация кавернозных артерий полового члена во время эрекции ведет к уменьшению их резистентности и увеличению объемной скорости кровотока в 2-3 раза. Затем наступает фаза расслабления гладкомышечных элементов