

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 – $3,70\pm0,39$ (Ме 3,7) против $2,63\pm0,39$ см (Ме 2,6) соответственно ($p<0,01$). Различия между рожавшими и нерожавшими женщинами были несущественными – $3,67\pm0,34$ против $3,70\pm0,40$ см при РД ($p>0,05$) и $2,65\pm0,41$ против $2,57\pm0,33$ 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 уретровагинальная 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 – $15,3\pm1,8$ против $14,7\pm1,7$ 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

липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП), оказывают нормализующий эффект при выраженной триглицеридемии.

Обширный спектр побочных негативных эффектов статинов и фибратов остается существенной проблемой в лечении и профилактике атеросклероза.

Фитостероны – большая группа растительных веществ (около 100 соединений), близкий по химической структуре животному продукту – холестерину. Благодаря этому они легко соединяются и блокируют специфические рецепторы, препятствуют усвоению экзогенного ХС, поступившего с пищей и эндогенного ХС, попавшего в кишечник с желчью. Прием растительных стероидов приводит к снижению ХС в человеческом организме более чем на 15%.

Основное действующее вещество препарата «Ситопростат» это β -ситостерол, который оказывает также активное влияние на ДГПЖ, является неконкурентным ингибитором 5 α -редуктазы – фермента, участвующего в трансформации тестостерона в дегидротестостерон. β -ситостерол обладает антисклеротическими, антипролиферативными и антибактериальными свойствами.

Входящие в состав препарата «Ситопростат» цинк и селен обеспечивают потребности организма в этих микроэлементах. Цинк необходим для синтеза гормонов: инсулина, гормона роста, тестостерона. Он также участвует в метаболизме липидов и белков, в выработке спермы, необходим для функционирования простаты. Цинк и селен тесно связаны, и при половых расстройствах при дефиците цинка, как правило, присутствует и дефицит селена. Селен участвует в синтезе и активности глутатионпероксидазы, обеспечивающих защиту от свободных радикалов, взаимодействие селена и цинк-фингерными белками необходимо для процессов репарации ДНК. Нарушение этих процессов ведет к нестабильности генома, и, как следствие, к канцеро- и мутагенезу.

Ситопростат обладает противовоспалительным, антиоксидантным, антиандрогенным и антиэстрогенным, антипролиферативным действием, цитотоксическим влиянием на ткань простаты при ДГПЖ. Тем самым снижая выраженность СНМП, наблюдающихся при ДГПЖ и хроническом простатите.

Ситопростат оказывает комплексное патогенетическое воздействие на нормализацию липидного обмена, снижению риска развития сердечнососудистых заболеваний, уменьшает проявление симптомов нижних мочевых путей, улучшая состояние мочевыделительной и половой системы у мужчин.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ АТРОФИИ ЯИЧКА ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ.

Бухмин А.В., Туренко И.А., Мегера В.В., Шусь А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Введение. Варикоцеле представляет собой варикозное расширение вен семенного канатика и яичка, которое может быть обусловлено различными нарушениями венозного оттока по вене яичка и/или недостаточностью венозных клапанов и врожденной слабостью венозных стенок.

По данным различных клиник, как отечественных, так и зарубежных, частота варикоцеле у обследованных составляет от 2 до 20% мужчин в разные периоды их жизни и является самым частым поражением органов репродуктивной системы у подростков. В возрасте до 10 лет заболеваемость составляет менее 1%, а с началом полового созревания она возрастает до 15 - 17% [1, 2].

Нарушения показателей спермограммы у больных варикоцеле встречается в 20-80% случаев, а среди страдающих бесплодием число мужчин с варикоцеле достигает 20-40%. Полученные данные легли в основу рекомендации Всемирной организации здравоохранения о проведении профилактической варикоцелэктомии у детей и подростков [3,4].

Варикоцеле является прямой причиной мужского бесплодия, однако нарушение образования и созревания сперматозоидов при этом заболевании встречается не у всех мужчин.

Кроме того, существуют исследования, свидетельствующие о временном характере улучшения показателей спермограммы у пациентов после варикоцелэктомии [5,6], что чрезвычайно актуально при решении вопроса о сроках лечения детей и подростков.

На фоне огромного массива накопленных данных о целесообразности использования широкого спектра исследования для решения вопроса о тактике ведения пациентов с варикоцеле удивительными выглядят результаты изучения практических подходов используемых американскими детскими урологами [7]. Согласно опросу и полученным ответам только 49% из опрошенных использовали ультразвуковое исследование органов мошонки у пациентов с варикоцеле. Почти треть опрошенных предлагают варикоцелэктомию сразу после выявления патологии. 57% детских