

УРОЛОГІЯ

УДК 616.62-008.22-036.07-02:618.17]-085-089

*В.Н. Лесовой, С.В. Андреев, А.И. Гарагатый**Харьковский национальный медицинский университет***ДИАГНОСТИКА АНАТОМИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ ЖЕНЩИНЫ К РАЗВИТИЮ РЕКУРРЕНТНОЙ СЕКС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ДИЗУРИИ**

Приведены результаты морфометрического обследования 215 пациенток репродуктивного возраста, страдающих рекуррентной секс-индуцированной дизурией, и 580 здоровых женщин для определения отличительных особенностей топологии наружного отверстия уретры. Изучена информативность внешних признаков вагинальной эктопии уретры, результатов пробы Хиршхорна–О’Доннелл и измерений величины уретро-клиторального промежутка для диагностики анатомической предрасположенности женщины к развитию заболевания.

Ключевые слова: рекуррентный цистит, эктопия уретры, анатомическая предрасположенность.

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 расстройства [1–3].

В этиопатогенезе основное значение придается реинфицированию мочевого тракта во время любовных утех, чему способствуют анатомо-физиологические особенности женского организма и индивидуальные вариации топологии наружного отверстия уретры – так называемая вагинальная эктопия уретры и ее гипермобильность на фоне уретро-гименальных спаек – остатков девственной плевы [1, 4–7].

Однако субъективная оценка этих признаков не всегда однозначна. Далеко не во всех случаях у женщин с РД явно имеет место вагинальная эктопия уретры и уретро-гименальные спайки, равно как и у здоровых лиц, не всегда можно уверенно констатировать их отсутствие, что затрудняет диагностику и способно повлечь ложные выводы.

В связи с этим возникает необходимость в поиске более постоянного отличительного признака, указывающего на анатомическую склонность женщины к развитию РД.

Материал 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 различий в топологии наружного отверстия уретры относительно интроитуса в целях применимости для диагностики анатомической предрасположенности к инициации заболевания. Изучена информативность визуального определения вагинальной эктопии уретры, пробы Хиршхорна–О’Доннелл и измерения величины уретро-клиторального промежутка. Все данные подвергнуты статистической обработке.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что визуальные признаки вагинальной эктопии уретры имеют место у пациенток с РД существенно чаще (в 4,4 раза), чем у здоровых лиц, – 98 (45,6 %) против 61 (10,5 %) соответственно. Тем не менее в соот-

© В.Н. Лесовой, С.В. Андреев, А.И. Гарагатый, 2014

ветствии с «традиционным описанием» (расположение уретры проксимально от плоскости входа во влагалище) ее наличие можно было констатировать менее чем в половине наблюдений – 98 (45,6 %) из 215 (100,0 %) соответственно. В остальных наблюдениях при внешнем осмотре наружные гениталии пациенток с РД практически не отличались от таковых у здоровых лиц.

Анализ наличия уретро-гименальных спаек у наблюдаемых пациенток показал, что данный признак является весьма переменным. Сами по себе уретро-гименальные спайки разной степени выраженности встречаются достаточно часто как у здоровых женщин, так и у пациенток с РД – 285 (49,1 %) и 122 (56,7 %) соответственно. Более патогномичным критерием явился позитивный характер пробы Хиршхорна–О’Доннелл, свидетельствующий об избыточной подвижности (гипермобильности) дистального отдела на фоне уретро-гименальных спаек. Установлено, что у пациенток с РД проба Хиршхорна–О’Доннелл была позитивной в 110 (51,2 %) наблюдениях, что оказалось в 5 раз чаще, чем у здоровых женщин – 59 (10,2 %).

Расчет критерия χ^2 установил, что патогномичными для РД являются вагинальная эктопия уретры ($\chi^2=114,53$; $p<0,001$) и/или уретро-гименальные спайки, но лишь в сочетании с позитивной пробой Хиршхорна–О’Доннелл, которая свидетельствует об избыточной подвижности уретры ($\chi^2=91,80$; $p<0,001$). Само по себе наличие уретро-гименальных спаек без учета результатов пробы на подвижность не является 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 умеренной прогностической значимости – 61,6 и 61,9 % соответственно. Субъективная оценка этих признаков была не всегда однозначной.

Для измерения величины уретро-клиторального промежутка (УКП) была отработана однотипная методика измерений. Использован прием разведения лепестков малых половых губ и оттеснения их в вентральном направлении до начала поступательного движения наружного отверстия уретры. При этом образуется перевернутый равнобедренный

треугольник, в основании которого находится головка клитора, а у вершины – отверстие уретры, расстояние между которыми и измеряется. Это позволило унифицировать методику измерений и провести сравнения.

В результате установлены достоверные различия величины УКП у женщин с РД и здоровых. Для пациенток с РД оказалась типичной величина УКП более 3 см, а для здоровых женщин – 3 см и менее, что подтверждено расчетом критерия согласия Пирсона ($\chi^2=403,84$; $p<0,001$). Средние показатели – (3,70±0,39) см (Ме – 3,6) против (2,63±0,39) см (Ме – 2,5) у пациенток с РД и здоровых женщин соответственно ($p<0,01$). Различия между рожавшими и нерожавшими женщинами оказались незначительными – (3,67±0,34) против (3,70±0,40) см при РД ($p>0,05$) и (2,65±0,41) против (2,57±0,33) см у здоровых женщин ($p>0,05$) соответственно.

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

В процессе исследования выяснено, что чем больше величина УКП, тем сильнее выражена воронкоподобная конфигурация интритуса, ближе друг к другу отверстия уретры и влагалища, их оси сходятся, короче длина уретры (коэффициенты корреляции Пирсона и Спирмена –0,347 и –0,487 соответственно; $p<0,01$), тоньше уретро-вагинальная перегородка, но менее развиты уретро-гименальные спайки (и наоборот). Так, при величине УКП≥3 см средний показатель длины уретры по данным ультразвукового сканирования составил (4,50±0,38) см; при УКП>3 см – (3,98±0,36) см ($p>0,05$); при УКП≥3,5 см – (3,94±0,33) см ($p>0,05$); при УКП≥4 см – (3,84±0,31) см ($p>0,05$); при УКП≥4,5 см – (3,76±0,26) см ($p<0,01$); при УКП≥5 см – (3,65±0,19) см ($p<0,01$).

При этом была зафиксирована интересная особенность. В тех немногочисленных ситуациях, когда у пациенток с РД величина УКП оказывалась меньше 3 см [18 (8,4 %)], обычно имели место «мощные» уретро-гиме-

нальные спайки (в отличие от здоровых женщин), что и обуславливало чрезмерное вовлечение дистальной уретры в половой контакт и развитие заболевания. В большинстве своем у пациенток с РД имели место те или иные вариации сочетаний вагинальной эктопии уретры (УКП > 3 см) и уретро-гименальных спаек различной выраженности.

Факт сочетанного участия вагинальной эктопии уретры и уретро-гименальных спаек в развитии РД важен для определения рациональной лечебной тактики, в первую очередь для планирования объема хирургического вмешательства. При $УКП \leq 3$ см вполне достаточно выполнение гименоластики по Хиршхорну, а при $УКП > 3$ см целесообразна наряду с рассечением уретро-гименальных спаек транспозиция дистальной части уретры.

Параллельно основному исследованию выполнена косвенная оценка дополнительных анатомических факторов, способных оказать влияние на развитие РД у женщин, а именно: был проведен опрос женщин относительно длины эрогированного фаллоса у полового партнера. Оказалось, что параметры «мужских достоинств» по данным пациенток с РД и здоровых женщин вполне сопостави-

мы – (15,3±1,8) против (14,7±1,7) см ($p > 0,05$) соответственно, что исключает избыточную значимость фаллического начала в генезе РД ($\chi^2 = 0,69$; $p > 0,05$) и подтверждает основную этиологическую роль именно анатомических предпосылок со стороны интроитуса женщины.

Вывод

Измерение величины уретро-клиторального промежутка – простой диагностический прием с достаточной степенью информативности, который может быть использован в качестве дополнительного критерия анатомической предрасположенности женщины к развитию рекуррентной секс-индуцированной дизурии, особенно в сомнительных ситуациях. Для пациенток с рекуррентной секс-индуцированной дизурией типична величина УКП более 3 см, а для здоровых женщин – 3 см и менее ($\chi^2 = 403,84$; $p < 0,001$).

При отсутствии клинических проявлений рекуррентной секс-индуцированной дизурии 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).

Список литературы

1. Лоран О. Б. Рецидивирующие инфекции мочевых путей / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова, И. В. Косова. – М.: МИА, 2008. – 32 с.
2. Пушкарь Д. Ю. Некоторые аспекты патогенеза, факторы риска и пути профилактики рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей у женщин / Д. Ю. Пушкарь, А. В. Зайцев, В. В. Дьяков // Фарматека. – 2006. – № 15. – С. 17–23.
3. Family history and risk of recurrent cystitis and pyelonephritis in women / D. Scholes, T. R. Hawn, P. L. Roberts [et al.] // J. Urol. – 2010. – Aug. – V. 184 (2). – P. 564–569.
4. Нестеров С. Н. Реконструктивная хирургия мочеиспускательного канала у женщин в лечении посткоитального цистита / С. Н. Нестеров, Н. Г. Кисамеденов // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2009. – Т. 4, № 2. – С. 29–35.
5. Проблемы лечения рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей / Т. С. Перепанова, П. Л. Хазан, Е. М. Волкова [и др.] // Эффективная фармакотерапия в урологии. – 2011. – № 3. – С. 1–4.
6. Родыгин Л. М. Транспозиция дистального отдела уретры при ее эктопии / Л. М. Родыгин // Вестник Российской военно-медицинской академии. – Приложение. Ч. II. – СПб., 2009. – № 1 (25). – С. 814.
7. Sex-induced cystitis – patient burden and other epidemiological features / C. Stamatou, C. Bovis, P. Panagopoulos [et al.] // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. – 2005. – V. 32 (3). – P. 180–182.

В.М. Лісовий, С.В. Андреев, А.І. Гарагатий

ДІАГНОСТИКА АНАТОМІЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ЖІНКИ ДО РОЗВИТКУ РЕКУРЕНТНОЇ СЕКС-ІНДУКОВАНОЇ ДИЗУРІЇ

Наведено результати морфометричного обстеження 215 пацієток репродуктивного віку, що страждають на рекурентну секс-індуковану дизурію, і 580 здорових жінок для визначення відмінностей топології зовнішнього отвору уретри. Вивчено інформативність зовнішніх ознак вагінальної ектопії уретри, результатів проби Хіршхорна–О’Доннелла і вимірювання величини уретро-кліторального проміжку для діагностики анатомічної схильності жінки до розвитку захворювання.

Ключові слова: рекурентний цистит, ектопія уретри, анатомічна схильність.

V.N. Lesovoy, S.V. Andreev, A.I. Garagatyu

THE DIAGNOSIS OF ANATOMY RELIABILITY TO RECURRENT SEX-INDUCTED DYSURIA

The results of morphometric research of 215 patients of reproductive age, suffering of recurrent sex-induced dysuria, and 580 healthy women to define the topology differences of external urethra aperture are given. The informativity of external signs of vaginal ectopia of urethra, the results of Hirshchorn–O’Donnell test and urethra-clitoral size measurement were studied for diagnosis of anatomic reliability to the disease progress.

Key words: recurrent cystitis, urethra ectopy, anatomic reliability.

Поступила 11.06.14