

На правах рукописи

МАНСУР Ахмад

**ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КИСТОЗНЫХ
ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ
У ЖЕНЩИН**

3.1.13. Урология и андрология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2024

Работа выполнена на базе Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», кафедра урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии.

Научный руководитель:

Грицкевич Александр Анатольевич- доктор медицинских наук

Официальные оппоненты:

Гвоздев Михаил Юрьевич- доктор медицинских наук, доцент; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Минздрава России, профессор кафедры урологии;

Кузьмин Игорь Валентинович- доктор медицинских наук, профессор; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры урологии с курсом урологии с клиникой

Ведущая организация:

Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования федеральное государственное бюджетное учреждение "Государственный научный центр Российской Федерации- Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России" (123182, Российская Федерация, г. Москва, ул. Живописная, 46)

Защита диссертации состоится «28» марта 2024 г. в 15.00 часов на заседании постоянно действующего диссертационного совета ПДС 0300.026 при ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале УНИБЦ (Научная библиотека) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6) и на сайте <https://www.rudn.ru/science/dissovvet/dissertacionnyesovety/pds-0300026>

Автореферат разослан «__» _____ 2024 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета ПДС 0300.026
доктор медицинских наук, доцент

Епифанова Майя Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования и степень её разработанности

Парауретральная киста – доброкачественное кистозное образование, возникающее в области желез, расположенных в парауретральной области, вокруг уретры. При облитерации выводных протоков парауретральных желез происходит накопление секрета в ацинусах и развитие их кистозной трансформации в дальнейшем [Аль-Шукри С.Х. и др., 2019].

Доброкачественные кистозные образования (ДКО) парауретральной области довольно редко встречаются в женской популяции [Пушкарь Д.Ю. и др., 2013]. Среди лиц женского пола в возрасте от 20 до 60 лет данные образования встречаются в 1–6% [Аполихина И.А. и др., 2012].

ДКО парауретральной области часто являются находкой при обследовании женщины. Бессимптомное течение данного заболевания во многом зависит от размера кисты и от ее локализации. Примерно у каждой второй пациентки ДКО парауретральной области протекает бессимптомно, а у остальных женщин клинические проявления симптомов неспецифичные [Konecki T. et al., 2009]. Так, ДКО парауретральной области может протекать под видом хронической рецидивирующей инфекции нижних мочевыводящих путей [Анисимов А.В., 2010], недержания мочи [El-Nashar S.A. et al., 2016] или сексуальных расстройств [Busto Martin L. et al., 2010].

Длительная персистенция крупного кистозного образования в области уретры и половых органов не может не причинять женщине физических и психических страданий, что отражается на качестве её жизни. Для постановки диагноза ДКО парауретральной области требуется тщательный сбор анамнеза заболевания, осмотр, осмотр пациентки, правильная трактовка данных лабораторных и инструментальных исследований [Слесаревская М.Н. и др., 2019].

В настоящее время нет четких стандартов лечения ДКО парауретральной области. Некоторые авторы рекомендуют консервативное лечение, особенно при

высоком риске инфицирования кисты [Najjari L. et al., 2011]. При этом при первичных случаях абсцедирования рекомендуют подбирать антибактериальные препараты эмпирически, а при рецидивах – с учетом индивидуальной чувствительности к антибиотикам. Большинство авторов считают, что основным методом лечения ДКО парауретральной области является хирургический [Пушкарь Д.Ю. и др., 2013; Невирович Е.С. и др., 2019; Aldamanhori R. et al, 2018]. Однако четких критериев к хирургическому лечению данного заболевания не существует. Среди методов оперативного лечения парауретральных кист преобладает иссечение образования [Kruger P.F. et al., 2016]. Альтернативными методами хирургического лечения являются аспирация содержимого кисты иглой и марсупиализация [Milani R. et al, 2020].

В настоящее время отсутствуют универсальные критерии диагностики и лечения ДКО парауретральной области, особенно больших размеров, что подчеркивает актуальность исследований в этой области: сопоставление клинической и прогностической ценности различных инструментальных методов обследования, выбор рационального метода лечения и оценка качества жизни пациенток.

Несмотря на достаточное количество работ, касающихся диагностике [Раснер П.И. и др, 2016; Стрельцова О.С. и др., 2019; Dagur G. et al., 2016; Yonguc T. et al., 2017] и лечения [Пушкарь Д.Ю. и др. 2013; Имамвердиев С.Б. и др., 2010; Köse O. et al., 2014; Raz S., 2015] парауретральных кист, в настоящее время нет четкой приверженности к выбору метода хирургического лечения ДКО парауретральной области больших размеров у лиц женского пола, что делает актуальным исследование в этом направлении.

Цель исследования

Улучшить результаты лечения доброкачественных кистозных образований парауретральной области больших размеров у женщин.

Задачи исследования

1. Проанализировать частоту доброкачественных кистозных образований парауретральной области больших размеров у лиц женского пола.
2. Оценить эффективность инструментальных методов исследования в диагностике доброкачественных кистозных образований парауретральной области больших размеров
3. Провести оценку результатов хирургического лечения доброкачественных кистозных образований парауретральной области больших размеров у женщин.
4. Определить частоту осложнений при проведении лечения доброкачественных кистозных образований парауретральной области больших размеров.
5. Оценить качество жизни женщин после лечения доброкачественных кистозных образований парауретральной области больших размеров.

Научная новизна полученных результатов

1. Впервые выполнена оценка частоты доброкачественных кистозных образований парауретральной области больших размеров у лиц женского пола.
2. Впервые оценена эффективность методов диагностики (урофлоуметрия, УЗИ, МРТ) в диагностике доброкачественных кистозных образований парауретральной области больших размеров.
3. Впервые проведено сравнение эффективности различных методов хирургического лечения доброкачественных кистозных образований парауретральной области больших размеров.
4. Впервые определена частота осложнений при проведении хирургического лечения доброкачественных кистозных образований больших размеров.
5. Впервые представлена оценка качества жизни женщин с доброкачественных кистозных образований больших размеров парауретральной области.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Многообразие и низкая специфичность симптомов ДКО парауретральной области диктует проявление настороженности среди врачей различных специальностей. Информирование и обучение специалистов амбулаторного звена, соблюдение диагностических и тактических алгоритмов, эффективная логистика пациентов на этапе общей врачебной и квалифицированной помощи позволяют снизить ошибки в диагностике ДКО парауретральной области и своевременно оказывать помощь на всех этапах ведения пациентов.

В диагностике ДКО необходимо оценивать и структуру самой кисты, и СНМП. Поэтому диагностика ДКО должна быть комплексной и сочетать осмотр, пальпацию и инструментальные методы исследования.

В дифференциальной диагностике парауретральных кист больших размеров с дивертикулом уретры и другими объемными образованиями наибольшей специфичностью обладают УЗИ и МРТ.

Наиболее предпочтительным методом хирургического лечения ДКО больших размеров является лазерная вапоризация ДКО, так как такой подход к лечению показал высокую результативность, малое количество осложнений, экономическую эффективность.

Оценка качества жизни пациенток с учетом не только физического компонента, но и психического, позволяет улучшить реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде.

Методология и методы исследования

Основная выборка состояла из двух групп: 49 женщин с ДКО парауретральной области больших размеров и 57 пациенток с ДКО парауретральной области малых размеров.

Методы исследования:

- 1) физикальные: осмотр
- 2) лабораторные исследования: микционная цистоуретрография, урофлоуметрия, уретроцистоскопия

3) инструментальное обследование: УЗИ и МРТ органов малого таза.

По показаниям всем женщинам обеих групп было выполнено хирургическое лечение: экстирапация или лазерная вапоризация ДКО. Выбор метода лечения осуществлялся рандомно. Последующее наблюдение за женщинами осуществлялся в течение 1 месяца (осмотр пациенток проводили через 1, 4 недели). Качество жизни пациенток оценивалось на основании опросника качества здоровья – SF-36.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Парауретральные кисты встречаются в 45,2% случаев среди объемных образований этой анатомической области. При этом доля ДКО парауретральной области больших размеров составляет 53,7%. Они проявляются полиморфными жалобами, которые не обладают высокой специфичностью. Для ДКО парауретральной области диаметром более 4 см наиболее характерными жалобами являются чувство инородного тела и боль в промежности, диспареуния ($p < 0,05$).

2. В диагностике ДКО парауретральной области наибольшей информативностью обладают УЗИ и МРТ. Чувствительность: 81,6% и 83,6% соответственно.

3. В хирургическом лечении ДКО парауретральной области диаметром >4 см предпочтительно применять лазерную вапоризацию. При таком виде лечения наблюдается меньшее количество интраоперационных осложнений ($p < 0,05$).

4. В хирургическом лечении ДКО парауретральной области больших размеров лучше применять лазерные методики. При таком виде лечения наблюдается меньшая длительность как самой операции, так и пребывания пациенток в стационаре, что влечет за собой экономическую выгоду.

5. Хирургическое лечение ДКО парауретральной области улучшает качество жизни женщин.

6. Через 30 дней наилучшая динамика наблюдается в изменении психической составляющей качества жизни ($p < 0,05$).

Степень достоверности полученных результатов

Достоверность результатов исследования, научных положений и выводов диссертации обусловлены достаточной выборкой включенной группы пациентов, адекватностью примененных методов обследования, корректным применением методов статистической обработки полученных результатов.

Апробация материалов диссертации

Тема диссертационного исследования обсуждена и утверждена на заседании Ученого совета ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы».

Результаты исследования представлены на всероссийских и международных конференциях:

1. XI международной научной конференции, приуроченной к 60-летию ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (РУДН): SCIENCE4HEALTH (Москва, 2020);
2. VI Конгрессе АСУР «Новые цифровые технологии сосудистой урологии и репродуктологии в современной медицине» (Москва, 2022);

Апробация работы состоялась на расширенном заседании кафедры урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» 27 октября 2023г.

Личный вклад автора

Личный вклад автора состоит в непосредственном участии в получении результатов на всех этапах диссертационной работы. Автором собраны данные специализированной литературы, осуществлялись все описанные в диссертации манипуляции, подбор и обработка полученного материала. Диссертант активно принимал участие в хирургическом лечении пациентов, а также дальнейшем их ведении в качестве лечащего врача.

Соответствие диссертации паспорту специальности

Диссертация соответствует паспорту специальности 3.1.13. Урология и андрология (п. 1, 2, 3).

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты диссертационной работы Мансур Ахмада на тему «Лечение доброкачественных кистозных парауретральных образований больших размеров у женщин» внедрены в практику деятельности ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы». В частности: кафедры урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии, а также на ее клинических базах (ГБУЗ ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ, ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ).

Публикации по теме диссертации

По результатам диссертационного исследования опубликовано 9 работ, в том числе 4 работы в изданиях из перечня ВАК, 3 – в журналах, индексируемых в международных базах данных (WOS, Scopus), результаты исследования доложены диссертантом на 2 конференциях, всероссийской и международной (тезисы).

Структура и объем работы

Диссертация изложена на 134 страницах печатного текста и состоит из введения и 4 глав, в том числе: обзор литературы, материал и методы исследования, результаты клинического исследования и хирургического лечения пациенток, обсуждение, выводы и список литературы, включающий 134 источника, из них 48 отечественных и 86 зарубежных. Работа иллюстрирована 25 таблицами и 47 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на клинических базах ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»: ГБУЗ ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ, ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ в период с 2018 по 2021 гг.

Объект исследования

В указанный период времени у 234 женщин были выявлены доброкачественные образования парауретральной области: парауретральная киста, дивертикул уретры, полип уретры, эктопическое уретероцеле, лейомиома, киста передней стенки влагалища.

Критерии включения в исследование:

- 1) возраст женщин старше 18 лет;
- 2) наличие кистозного образования в парауретральной области.

Критерии исключения:

- 1) возраст младше 18 лет;
- 2) полип уретры;
- 3) дивертикул уретры;
- 4) уретероцеле;
- 5) кистозные образования наружных половых органов;
- 6) острые воспалительные заболевания нижних мочевыводящих путей.

Клиническая характеристика пациентов

С учетом критериев включения и исключения основную когорту наблюдения составили женщины (n=106) в возрасте 18–60 лет с диагностированным ДКО парауретральной области.

Все женщины были разделены на 2 группы согласно критерию «размер доброкачественного кистозного образования» парауретральной области:

- 1 группа (основная, n=49): ДКО диаметром более 4 см,
- 2 группа (контрольная, n=57): ДКО диаметром менее 4 см.

У всех женщин первой и второй групп обследования мы оценивали возраст, характер жалоб, длительность заболевания, предшествующее лечение, гинекологический анамнез (количество родов, аборт, наличие хронических заболеваний). Далее мы выполняли инструментальную диагностику ДКО парауретральной области: микционная цистоуретрография, ультразвуковое исследование (УЗИ) доброкачественных кистозных образований парауретральной области, урофлоуметрия, уретроцистоскопия, магнитно-резонансная томография (МРТ) малого таза.

По показаниям, всем женщинам обеих групп мы выполняли хирургическое лечение (рис.1), с последующим наблюдением в течение 1 месяца (осмотр женщин через 1, 4 недели). Качество жизни пациенток оценивалось на основании опросник качества здоровья – SF-36.

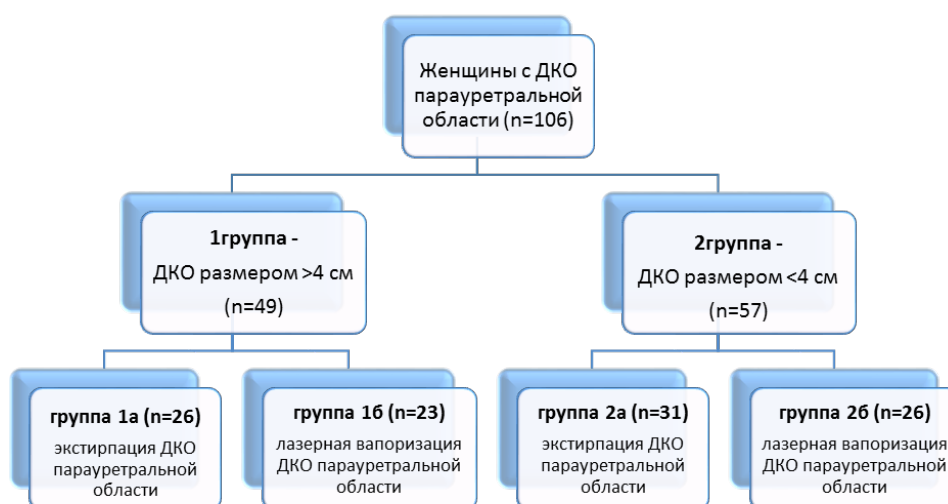


Рисунок 1 – Дизайн хирургического лечения женщин с ДКО парауретральной области.

Методы статистической обработки результатов исследования

С помощью программ IBM SPSS Statistics v25 (IBM corp., USA) и Excel 2016 (Microsoft corp., USA) выполнялся статистический анализ полученных данных. Количественные данные оценивали по показателям: минимальное, максимальное, среднее значение и среднеквадратичное отклонение (δ).

При помощи критерия Манна-Уитни проводили сравнение количественных переменных в двух группах исследуемых пациентов.

Абсолютные и относительные частоты рассчитывали для качественных переменных. Для оценки информативности исследований использовались общепринятые критерии: чувствительность, специфичность, точность. Значимость различий между среднегрупповыми показателями определяли с использованием двухвыборочного t-критерия Стьюдента. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Жалобы при ДКО парауретральной области чаще были неспецифичные. Чувство инородного тела в промежности чаще встречалось у женщин с парауретральными ДКО больших размеров, и этот показатель в данной группе наблюдения отличался на 26,3% ($p < 0,05$) по сравнению со второй группой пациенток. Примерно с одинаковой частотой в обеих группах наблюдения встречались императивные позывы к мочеиспусканию ($p > 0,05$). Болезненные ощущения, такие как боль в промежности и боль при половом контакте также достоверно чаще встречались в первой группе пациенток ($p < 0,05$). Затруднения при мочеиспускании чаще испытывали женщины с парауретральными кистозными образованиями больших размеров (первая группа, 11; 19,2%), против 7 (12,2%) пациенток во второй группе ($p > 0,05$).

При первичном визите женщины к врачу главным инструментом оценки ДКО парауретральной области является осмотр и пальпация области уретры. Однако, точность физического осмотра достаточно низкая из-за невозможности дифференцировать парауретральную кисту с дивертикулом уретры. Осмотр и пальпация области промежности женщин, включенных в данное исследование, не позволили выявить специфические признаки парауретрального ДКО. Как правило ДКО парауретральной области проявлялось как округлое образование мягко-эластической консистенции в области стенки уретры.

Однако, парауретральные кисты диаметром более 4 см достоверно чаще на 20,6% способствовали смещению наружного отверстия уретры по сравнению с кистами малого диаметра ($p < 0,05$). Также пациентки первой группы чаще на

19,5% испытывали боль при пальпации кисты по сравнению с пациентками второй группы ($p < 0,05$). Так как при формировании парауретральной кисты подвергается облитерации ее выводной проток, то мы не обнаружили патологического отделяемого (мукозный, серозный секрет, гной и т.д.) при надавливании на ДКО парауретральной области ни у одной пациентки обеих групп.

Мы не выявили связи между расположением ДКО парауретральной области относительно отдела уретры в зависимости от размеров образования. В большинстве случаев парауретральные кисты и большого, и малого диаметра были расположены в области дистального отдела уретры: 34(69,3%) и 39(68,4%) соответственно ($p > 0,05$).

Согласно анализу опросника здоровья SF-36 показатели физического и психического статуса отличались у женщин с ДКО парауретральной области больших и малых размеров.

Так, интенсивность боли в области промежности у женщин с ДКО больших размеров была выше на 10,6 баллов ($p < 0,05$), что отразилось и на повседневной деятельности пациенток, и на их оценке общего состояния здоровья.

Мы установили, что размер ДКО парауретральной области оказывает влияние на психическое состояние женщин. Так, у пациенток с парауретральными кистами размером более 4 см показатели «психическое здоровье» и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» были достоверно ниже в 1,2 раза по сравнению с женщинами второй группы.

Важной частью работы было изучение прогностической ценности инструментальных методов исследования ДКО парауретральной области.

Микционная цистоуретрография не позволила выявить какие-либо изменения в стенке мочевого пузыря у женщин обеих групп. Однако, деформация уретры при этом виде исследования визуализировалась в 1,7 раза чаще у пациенток с ДКО парауретральной области диаметром более 4 см.

Чувствительность микционной цистоуретрографии была достоверно выше у больных первой группы по сравнению со второй: 73,4% против 54,3% ($p < 0,05$). Специфичность и точность так же были выше в первой группе, однако показатели этих значений достоверно не отличались в сравнении со второй группой.

УЗИ парауретральной области женщин первой и второй групп демонстрирует высокую чувствительность (81,6% и 78,9% соответственно) и точность (80,7% и 79,5%, соответственно) в визуализации ДКО.

По данным урофлоуметрии нормальный тип мочеиспускания встречался в 1,4 раза чаще у женщин второй группы наблюдения, чем в первой ($p < 0,05$). У женщин с парауретральными кистами диаметром более 4 см прерывистый тип мочеиспускания был зафиксирован у 6,1% пациенток, тогда как во второй группе таких пациенток не было. Обструктивный тип мочеиспускания встречался чаще на 14,7% у пациенток первой группы по сравнению со второй ($p > 0,05$). Сравнение количественных показателей урофлоуметрии у пациенток первой и второй групп представлено на рисунке 2.

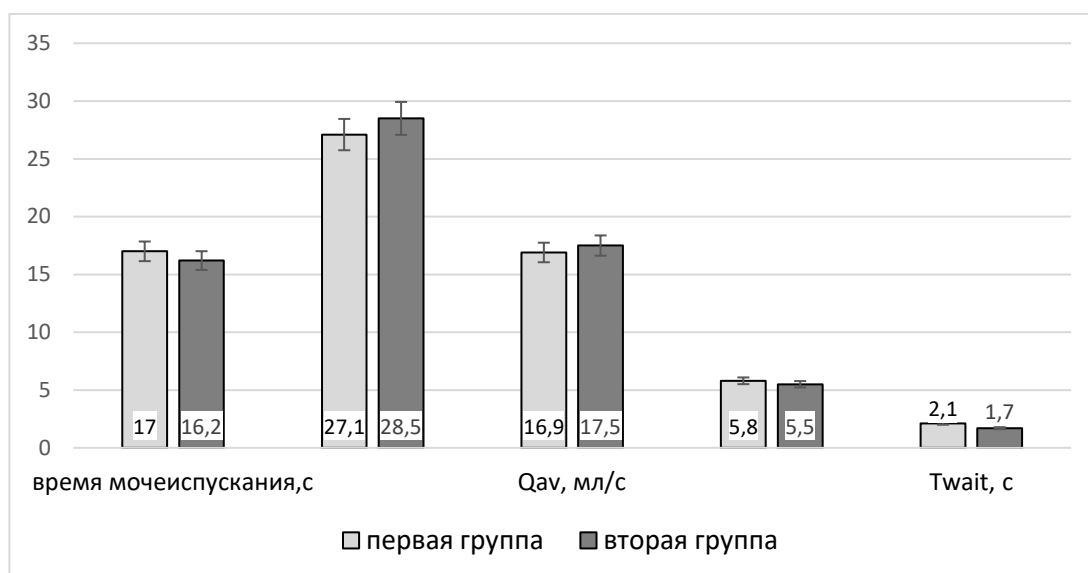


Рисунок 2 – Сравнение средних значений основных показателей урофлоуметрии у пациенток обеих групп

Показатели чувствительности, специфичности и точности урофлоуметрии в диагностике парауретральной кисты оказались невысокие в первой и второй группах и не превышали 50%.

Уретроцистоскопия помогает определить локализацию объемного образования и структурно-анатомические изменения окружающих тканей, вызванные заболеванием. Несмотря на то, что данный метод исследования показал не высокую чувствительность и специфичность в диагностике парауретральных кист, показатели эффективности уретроцистоскопии были выше при диагностике парауретральных ДКО диаметром более 4 см: чувствительность была выше на 14,1%, специфичность – на 16,7%, точность – на 19,8%.

МРТ в визуализации парауретральной кисты у первой и второй группы женщин показала высокую чувствительность (83,6% и 82,4%, соответственно) и точность (82,1% и 82,8%, соответственно). Мы считаем, что невысокая специфичность МРТ: 62,5% в первой группе и 60,0% во второй группе, связана со сложностью визуализации выводного протока ДКО, что является одним из дифференциальных признаков парауретральной кисты.

Таким образом, в диагностике парауретральных ДКО больших размеров высокую прогностическую ценность имеют УЗИ и МРТ. Так как УЗИ является доступным методом исследования, то его можно использовать в качестве ключевой диагностики на догоспитальном этапе исследования. Мы считаем, что МРТ можно использовать с целью дифференциальной диагностики и при подозрении на малигнизацию ДКО парауретральной области.

Была произведена оценка эффективности различных методов хирургического лечения парауретральных ДКО больших и малых размеров. Так, у пациенток с ДКО больших размеров длительность исполнения операции достоверно отличалось в зависимости от выбранной методики: при выполнении экстирпации парауретральной кисты среднее время операции составило $35,5 \pm 3,2$ мин, лазерная вапоризация парауретральной кисты заняла в среднем $26,9 \pm 1,8$ мин ($p < 0,05$). Также длительность лазерной вапоризации была меньше в 1,3 раза по сравнению с экстирпацией в группе пациенток с ДКО малых размеров ($p < 0,05$). Сравнение продолжительности операции в зависимости от выбранного

метода лечения между пациентками первой и второй групп представлено на рисунке 3. Мы не получили достоверной разницы по признаку «затраченное время на лазерную вапоризацию» в зависимости от размера ДКО. Следовательно, лазерные методики можно рекомендовать для хирургического лечения парауретральных кист любого размера.

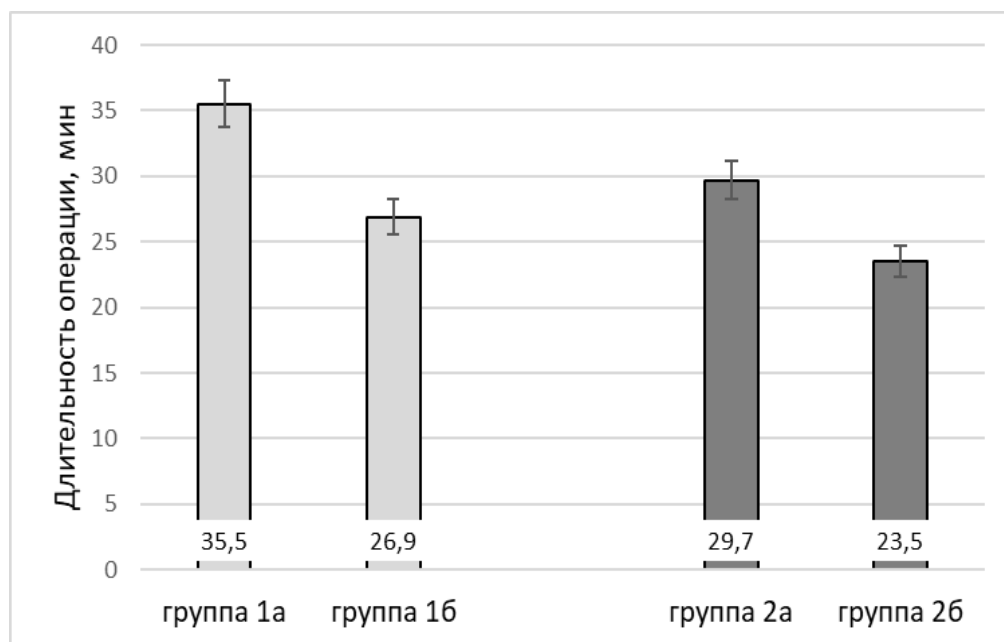


Рисунок 3 – Сравнение продолжительности операции в зависимости от выбранного метода лечения между пациентками первой и второй групп.

Интраоперационные осложнения (кровотечение, вскрытие просвета кисты, травма уретры) встречались почти на 30% чаще в группе пациенток с ДКО парауретральной области больших размеров, по сравнению с ДКО малых размеров ($p < 0,01$). В свою очередь, количество интраоперационных осложнений напрямую зависело от выбора метода хирургического лечения. Сравнение интраоперационных осложнений у пациенток первой и второй групп исследования представлено в таблице 1.

Послеоперационный период у пациенток первой и второй групп наблюдения протекал без серьезных осложнений. Катетер Фоли был удален в среднем на 2–3 сутки. Достоверной разницы критерию «длительность катетеризации» между наблюдаемыми группами мы не выявили. После удаления уретрального катетера у всех женщин обеих групп восстановилось самостоятельное мочеиспускание.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре женщин с ДКО парауретральной области составила $6,6 \pm 2,9$ дней. Количество койко-дней было больше в первой группе наблюдения, особенно по этому признаку выделялась подгруппа 1a (женщинам выполнялась экстирпация ДКО). У остальных подгрупп длительность пребывания в стационаре была примерно равная и достоверно не отличалась.

Таблица 1 – Сравнение интраоперационных осложнений у пациенток первой и второй групп исследования

Интраоперационные осложнения	Первая группа (n=49)		Вторая группа (n=57)	
	1a(n=26)	1б (n=23)	2a (n=31)	2б (n=26)
Кровотечение	5 (19,2%)	2 (8,6%)	2 (6,4%)	1 (3,8%)
	7 (14,2%)		3 (5,2%)	
Вскрытие полости кисты	8 (30,7%)	3 (13,0%)	1 (3,2%)	0
	10 (20,4%)		1 (1,7%)	
Травма уретры	1 (3,8%)	0	0	0
	1 (2,0%)		0	

Через 1 месяц после выписки из стационара всем пациенткам первой и второй групп наблюдения был проведен контрольный гинекологический осмотр, оценка физического и психического состояния здоровья (табл. 2), неинвазивное уродинамическое исследование. По данным контрольного осмотра мы не выявили ни у одной женщины признаков рецидива ДКО и подозрительных участков формирования урогенитальных свищей.

У пациенток первой и второй групп наблюдения мы не выявили достоверной разницы по показателям неинвазивной оценки уродинамики. Все женщины отметили улучшение качества мочеиспускания, что отразилось положительно на динамику качества здоровья. В целом все женщины обеих

групп отметили улучшение качества мочеиспускания: улучшился напор мочи, снизилось время достижения максимальной скорости, увеличилась максимальная объёмная скорость мочеиспускания. У женщин второй группы показатель средняя скорость мочеиспускания (Q_{av}) через 30 дней наблюдения был немного ниже исходных показателей. Однако, эти значения находились в пределах нормы и достоверно не отличались.

Таблица 2 – Сравнение показателей физического и психического компонентов шкалы SF-36 у первой и второй групп женщин до выполнения хирургического лечения и после

ф и к з о и м ч п е о с н к е и н й т п с и к х о и м ч п е о с н	Компоненты шкалы SF-36	Группы наблюдения			
		1 группа (n=49)		2 группа (n=57)	
		До операции	После операции	До операции	После операции
	Физическая активность	88,3±4,1	97,0±1,3	91,5±5,2	97,8±1,3
	Влияние физических проблем на повседневную деятельность	81,4±9,3	96,5±1,4*	92,1±7,4	97,3±1,5
	Интенсивность боли.	76,2±8,5	92,2±5,6*	86,8±9,1	94,5±3,9
	Общее состояние здоровья	86,8±9,1	93,9±3,9	82,9±10,8	95,7±3,4*
	Психическое здоровье	58,7±4,6	91,8±3,1*	72,5±6,9	92,9±2,6*
	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	57,9±9,2	94,5±3,8*	72,1±8,3	95,3±3,1*
	Социальная активность	76,1±10,8	87,8±5,4	81,9±12,5	89,1± 5,8

к е и н й т	Жизненная активность	68,1±8,7	94,6±3,2*	74,9±10,2	94,6±2,9*
----------------------------	----------------------	----------	-----------	-----------	-----------

* $p < 0,05$ при сравнении показателей компонентов шкалы SF-36 в каждой группе наблюдения до и после операции

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В диссертационном исследовании был проведен анализ прогностической ценности лабораторно-инструментальных методов исследования ДКО парауретральной области [83, 131], эффективности хирургических методов лечения в зависимости от размера кисты.

Не все исследования имеют высокую информативность в диагностике ДКО парауретральной области, особенно если диаметр кисты меньше 4 см. В диагностике парауретральных ДКО больших размеров высокую прогностическую ценность имеют УЗИ и МРТ.

В ходе исследования мы выяснили, что лазерные методики можно рекомендовать для хирургического лечения парауретральных кист любого размера, их использование предпочтительней особенно для лечения парауретральных кист больших размеров. Количество интраоперационных осложнений напрямую зависело от выбора метода хирургического лечения.

Стало понятно, что лабораторно-инструментальные исследования являются конечными точками установления клинического диагноза, но не всегда могут отразить состояние качества жизни конкретного человека.

Результаты, полученные в нашем исследовании, демонстрируют влияние ДКО парауретральной области, особенно больших размеров, на физическое и психическое здоровье женщин. Возможности лучевых методов исследования указывают на рациональный подход в диагностике парауретральных ДКО, а преимущества лазерной вапоризации открывают новые возможности хирургического лечения ДКО парауретральной области, которые позволяют не только улучшить физическое состояние пациентки, но и улучшить ее

психическое здоровье и качество жизни. Ранняя диагностика заболевания, определение групп риска возникновения ДКО, своевременный профилактический осмотр женщин позволяет не только своевременно установить правильный диагноз, но и вовремя реализовать хирургическое лечение с сокращением койко-дней и экономических затрат.

ВЫВОДЫ

1. Среди всех доброкачественных образований парауретральной области парауретральные кисты больших размеров (диаметром >4 см) встречаются в 20,9% случаев.

2. В диагностике доброкачественных кистозных образований парауретральной области наиболее эффективными методами являются УЗИ (чувствительность - 81,6%, специфичность - 66,6%, точность – 80,7%) и МРТ (чувствительность - 83,6%, специфичность - 62,4%, точность – 82,1%).

3. Среди хирургических методов лечения доброкачественных кистозных образований парауретральной области диаметром >4 см лазерная вапоризация продемонстрировала большую эффективность по сравнению с экстирпацией: длительность операции меньше на 24,3%, количество койко-дней в стационаре меньше на 16,5 %.

4. В группе пациенток с доброкачественными кистозными образованиями парауретральной области больших размеров интраоперационные осложнения встречаются в 4,5 раза чаще, по сравнению с парауретральными кистами малых размеров ($p < 0,01$). При этом применение лазерной вапоризации снижает частоту осложнений в 3 раза.

5. Парауретральные кистозные образования больших размеров снижает качество жизни у женщин: физический компонент на 16,8%, психический компонент на 34,8%. Хирургическое лечение улучшает показатели качества жизни пациенток: физический компонент на 11,7%, психический компонент на 26,9%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для обследования ДКО парауретральной области осмотр женщин необходимо производить на урогинекологическом кресле.
2. Женщины с ДКО парауретральной области нуждаются комплексном обследовании, которые позволяют визуализировать кисту и оценить качество мочеиспускания. УЗИ парауретральной области обладает преимуществом перед другими методами лучевой диагностики.
3. В выборе метода хирургического лечения ДКО больших размеров лучше отдавать предпочтение лазерной вапоризации.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДКО	доброкачественные кистозные образования
СНМП	симптомы нижних мочевыводящих путей
МРТ	магнитно-резонансная томография
УЗИ	ультразвуковое исследование

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Мансур А.**, Грицкевич А.А., Костин А.А., Кульченко Н.Г., Поспелова О.М., Калинычева Г.Е. Качество жизни пациенток с парауретральными кистами // Андрология и генитальная хирургия. 2022. Т. 23. № 4. С. 74–80. DOI: 10.17650/2070-9781-2022-23-4-74-80, [ИФ РИНЦ – 0,521]. [Scopus].
2. **Мансур А.**, Грицкевич А.А., Кульченко Н.Г., Деревянко Т.И., Поспелова О.М., Мяндина Г.И., Мирошкина И.В. Кальциноз парауретральной кисты (клиническое наблюдение) // Вестник современной клинической медицины. 2022. Т. 15. № 6. С. 133–137. DOI: 10.20969/VSKM.2022.15(6).133-137, [ИФ РИНЦ – 0,398]. [Scopus].
3. Костин А.А., Шаплыгин Л.В., Кульченко Н.Г., **Мансур А.** Комбинированное лечение инфицированной кисты парауретральной железы // Исследования и практика в медицине. 2021. Т. 8. № 1. С. 69–74. DOI: 10.17709/2409-2231-2021-8-1-7, [ИФ РИНЦ – 0,615]. [ВАК].

4. **Мансур А.**, Шаплыгин Л.В., Деревянко Т.И., Пospelова О.М., Кабардоков Т.А. Доброкачественные парауретральные образования у женщин // Вестник урологии. 2021. Т. 9. № 2. С. 86–91. DOI: 10.21886/2308-6424-2021-9-2-86-91, [ИФ РИНЦ – 0,708]. [ВАК].
5. Костин А.А., Шаплыгин Л.В., Кульченко Н.Г., **Мансур А.**, Шульпина И.С. Парауретральные кисты у женщин. особенности диагностики // Исследования и практика в медицине. 2020. Т. 7. № 1. С. 48–54. DOI: 10.17709/2409-2231-2020-7-1-5, [ИФ РИНЦ – 0,615]. [ВАК].
6. Шаплыгин Л.В., **Мансур А.**, Пашина Н.Р., Пospelова О.М., Выхристюк Ю.В. Лечение парауретральной кисты у женщины репродуктивного возраста. клинический случай // Трудный пациент. 2020. Т. 18. № 8–9. С. 36–38. DOI: 10.24411/2074-1995-2020-10058. [ВАК].
7. Kostin A., Shaplygin L., Kulchenko N., **Mansur A.**, Vykhristyuk Y., Pospelova O. Identification of benign urethral lesions in female patients // Archiv Euromedica. 2020. Vol. 10, N 3. P. 98-100. <http://dx.doi.org/10.35630/2199-885X/2020/10/3.24>. [RSCI (WoS)].
8. Petrovskaya A.V., **Mansur A.**, Shaplygin L.V., Shirokova P.E. Diagnosis of paraurethral cysts // SCIENCE4HEALTH 2020. Клинические и теоретические аспекты современной медицины. материалы XI Международной научной конференции, приуроченной к 60-летию РУДН. 2020. С. 101. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_44591309_47892892.pdf. [Тезис].
9. **Мансур А.**, Грицкевич А.А. Оценка качества жизни женщин с кистами парауретральной области // Сборник тезисов конгресса АСУР «Новые цифровые технологии сосудистой урологии и репродуктологии в современной медицине». 2022. <https://avur.international/anons-vi-kongressa-asur/> [Тезис].

Аннотация кандидатской диссертации Мансур Ахмада «Лечение доброкачественных кистозных парауретральных образований больших размеров у женщин»

В диссертационном исследовании изучались особенности диагностики и лечения доброкачественных кистозных парауретральных образований (ДКО) больших размеров у женщин с целью улучшения результатов лечения этого заболевания. Полученные результаты демонстрируют влияние ДКО парауретральной области, особенно больших размеров, на физическое и психическое здоровье женщин. Возможности лучевых методов исследования указывают на рациональный подход в диагностике парауретральных ДКО, а преимущества лазерной вапоризации открывают новые возможности хирургического лечения ДКО парауретральной области больших размеров, которые позволяют не только улучшить физическое состояние пациентки, но и восстановить ее психическое здоровье и качество жизни. Ранняя диагностика заболевания, определение групп риска возникновения ДКО, своевременный профилактический осмотр женщин позволяет не только своевременно установить правильный диагноз, но и вовремя реализовать хирургическое лечение с уменьшением послеоперационных осложнений и сроков пребывания в стационаре, а также улучшить качество жизни пациенток.

Annotation of the PhD thesis by Mansur Ahmad “Treatment of benign cystic paraurethral formations of large size in women”

In the dissertation research the features of the diagnosis and treatment of benign cystic paraurethral formations (BPF) of large sizes in women were studied in order to improve the results of treatment of this disease. The results showed the effect of the paraurethral BPF, especially of large sizes, on the physical and mental health of women. The possibilities of radiation research methods indicate a rational approach to the diagnosis of paraurethral BPF, and the advantages of laser vaporization open up new possibilities for surgical treatment of large-sized paraurethral BPF, which allow not

only to improve the physical condition of the patient, but also to restore her mental health and quality of life. Early diagnosis of the disease, identification of risk groups for BPF, timely preventive examination of women allows not only to establish the correct diagnosis in a timely manner, but also to implement surgical treatment in time with a reduction in postoperative complications and hospital stay, as well as to improve the quality of life of patients.