

Жіноча передміхурова залоза — не міф, а реальність

Упродовж понад 300 років провідні вчені світу намагались довести реальність існування в жіночому організмі чоловічого рудиментарного незалежного анатомічного утворення, а саме — жіночої передміхурової залози (ЖПЗ). На підставі поєднання результатів досліджень 2002 року Федеративний міжнародний комітет з анатомічної термінології (FICAT) офіційно перейменував парауретральні залози на ЖПЗ, включивши термін «жіноча передміхурова залоза» до переліку анатомічних структур.

Продовження. Початок у № 4, 2020 р.

Про розробку та верифікацію невестигіальної концепції щодо ЖПЗ, доказовість особливостей анатомічної структури та функціональної активності цього органа протягом життя зі схильністю до формування спектра патологічних змін нам розповіли керівник відділу відновної урології та новітніх технологій ДУ «Інститут урології НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук, професор В'ячеслав Миколайович Григоренко та головний науковий співробітник відділу, доктор медичних наук, професор Оксана Василівна Ромащенко.

? Прихований клінічний інтерес до жіночої простати протягом тривалого часу, вірогідно, був зумовлений тим, що жіночий орган має набагато менші розміри за чоловічу простату. Яким чином вченим вдалося нівелювати це уявлення?

— Протягом тривалого часу розміри ЖПЗ залишалися невідомими, хоча вони є базисними даними для будь-якого людського органа. Така зневажлива неточність зумовлювала сприйняття цього жіночого органа як вестигіального порівняно з аналогічним чоловічим органом, розміри та вага якого були вже добре відомі. Було доведено, що у визначенні чоловічої простати індивідуальні структурні компоненти (залози, протоки, гладкі м'язи) не мають чіткого розділення, а простатична частина уретри враховується при визначенні ваги цього анатомічного утворення. Отже, вага чоловічої простати являє суму мас всіх складових простати, включаючи простатичну частину уретри. Її розмір (у сантиметрах) визначається довжиною (уздовж осі уретри), шириною (поперечний діаметр) і висотою (від основи простати до її верхівки) цього органа й нагадує за формою каштан.

Аналогічним чином М. Зав'ячич визначив вагу жіночої простати, яка становила загальну суму всіх складових органа в сукупності із жіночою уретрою. Розмір жіночої простати (вимірювався у сантиметрах) визначався довжиною, шириною та висотою від верху до основи. Параметри ваги та розміри незміненої жіночої простати (15 випадків розтину) порівнювали з аналогічними параметрами чоловічої простати (20 випадків розтину). У ході дослідження було встановлено, що маса нормальної простати жінки репродуктивного віку в середньому становить 5,2 г, а чоловіка — відповідно 23,7 г. Середній розмір жіночої простати дорівнює 3,3×1,9×1,0 см (довжина × ширина × висота), а чоловічої — 3,4×4,5×2,9 см.

F. Wimpissinger et al. (2009) при проведенні магнітно-резонансного дослідження ЖПЗ у семи жінок встановили, що об'єм простати обстежених варіював від 2 до 4 см³.

Використання вдосконаленої методики візуалізації при ультразвукографічному дослідженні жіночої простати у відділі відновної урології та новітніх технологій ДУ «Інститут урології НАМН України» у 97 сексуально активних жінок репродуктивного віку показало, що середній об'єм досліджуваного органа коливався від 4,75±0,5 до 7,26±1,3 см³.

Отже, простата у жінок репродуктивного віку становить від 1/5 до 1/4 середньої ваги, зіставної за віком із чоловічою простатою, що нівелює поширене в минулому «розмите твердження» стосовно того, що жіночий орган є набагато меншим за чоловічу простату.

? Які функції виконує жіноча простата?

— Незважаючи на менші розміри ЖПЗ є порівнянною з чоловічою, їй властиві дві важливі функції: екзокринна (вироблення простатспецифічного антигена [PSA], простатичної кислоти фосфатази [PAP], фруктози, E-600 чутливої естерази та глюкозо-6-фосфатази)

і нейроендокринна (продукція серотоніну, хромограніну А, нейронспецифічної енолази та ін.).

Вчені неодноразово вказували на визначення PSA у тканинах жіночої простати та на високий вміст лужної фосфатази як у жіночому еякуляті, так й у вмісті піхви.

Екзокринна функція фізіологічної простати у жінок репродуктивного віку забезпечується наявністю секреторних і базальних клітин у стромі органа із характерним ультраструктурним виглядом. Високі циліндричні секреторні клітини переважають у стромі ЖПЗ подібно до того, як у чоловічій простаті. В апікальній цитоплазмі налічується велика кількість секреторних елементів (секреторні вакуолі та гранули), шорсткий ендоплазматичний ретикулум, розвинені комплекси Гольджі та численні мітохондрії. Ці органели характеризують активну секреторну конфігурацію ЖПЗ.

Експериментальні гістохімічні дослідження на тваринах із використанням методів Гомори (Gomori's) та Серано (Serano's) показали, що у самок у передміхуровій залозі, переважно у секреторних клітинах, було виявлено PAP. Гістохімічна демонстрація чутливості до E-600 чутливої естерази та глюкозо-6-фосфатази з додатковими ферментами підтвердила секреторну активність жіночих простатичних клітин. Саме ці ферменти, що задіяні у протеосинтезі, беруть участь у виробленні жіночої простатичної рідини. Відповідно до спектра встановлених ферментів забезпечення ЖПЗ і чоловічої простати є зіставним.

На даний час PSA є найбільш застосовним маркером для ідентифікації нормальної та патологічно зміненої тканини простати у жінок. Імуногістохімічно PSA експресується високоспеціалізованим апікально-поверхневим шаром секреторних клітин ЖПЗ, а також уроепітеліальними клітинами інших ділянок уrogenітального тракту.

Однак остаточно не з'ясовано функціональну роль жіночого секрету в реалізації репродуктивної функції, оскільки у простатичній рідині у жінок відсутні сперматозоїди. У дослідженнях М. Зав'ячича продемонстровано, що жіночий еякулят постійно невеликими порціями секретується через протоки в уретру, а далі — у піхву і є важливим джерелом енергії для сперматозоїдів. Цукор як складова вмісту піхви у поєднанні із чоловічими репродуктивними клітинами сприяє більш ретельному відбору сперми найвищої якості для запліднення жіночих гамет.

М. Зав'ячич у результаті проведених досліджень (1999) акцентував увагу на вагомості нейроендокринної функції органа, оскільки залозиста частина цієї анатомічної структури збагачена нейроендокринними клітинами, що продукують серотонін, хромогранін А, нейрон-специфічну енолазу.

Невестигіальна концепція функціонування ЖПЗ побудована на доказах гомогенності із чоловічою залозою, що може бути підтверджено результатами досліджень стосовно експресії клітинами ЖПЗ PSA та PAP. У клінічній практиці ці маркери є інформативними при виявленні захворювань ЖПЗ, а саме карциноми.

В одній із своїх останніх праць М. Зав'ячич (2001) виділив суттєву роль ЖПЗ у сексуальній функції жінки, зазначивши, що дану залозу слід сприймати також як ерогенну зону першого порядку, задіяну у феномені жіночої еякуляції.

? Розкажіть, будь ласка, про значення жіночої простати у сексологічному аспекті...

— На думку австрійського сексолога Карла Штіфтера, жіноча еякуляція, яка була вперше описана



В.М. Григоренко



О.В. Ромащенко

у стародавніх індійських трактатах як «любовний напій», насправді є більш поширеною у жінок, ніж прийнято вважати. Проведення перинеального ультразвукографічного та уретроскопічного досліджень у жінок під час оргазму за наявності яскравої еякуляції дало можливість встановити структури, що відповідають (парауретральній) жіночій простаті. Як показали результати дослідження, рідина, що виділяється у жінок під час оргазму, зіставна за вмістом із чоловічою простатичною плазмою.

Більшість науковців дотримуються точки зору, що жіноча простата проектується в ділянку зони G (плями Графенберга), стимуляція якої супроводжується феноменом жіночої еякуляції.

G.L. Gravina та E.A. Jannini et al. (2008) у Journal of Sexual Medicine переконливо засвідчили, що уретровагінальний простір (із функціональною фасцією Гальбана та ЖПЗ) слід сприймати як анатомічну структуру, складовою якої є сполучнотканинне волокно, тяжі з великою кількістю кровоносних судин, залоз, м'язових волокон і нервових закінчень.

Проте, з іншого боку, «уретровагінальний простір» із наукової точки зору сприймається як некоректний термін, оскільки передня стінка піхви відділена від задньої стінки уретри уретровагінальною перегородкою. На думку L. Testut, A. Latarjet (1972), V. Purro (2011), фасція Гальбана у вигляді шару щільної сполучної тканини, що розташована в міхурово-піхвовій перегородці, із невеликою ймовірністю є місцем формування вагінального оргазму.

Levin (2011), G.L. Gravina та E.A. Jannini et al. (2008) при цьому зазначали, що пенісно-піхвова взаємодія стимулює клітор під час фрикцій, зачіпаючи навколо розташовані зв'язки через передню стінку піхви. На думку V. Purro (2011, 2013), гіпотеза, що представлена вищезазначеними авторами, не має анатомічних доказів.

У своїх дослідженнях V. Purro вказував, що точка G знаходиться на передній стінці у трикутнику Pawlik's, зона якого відповідає проекції трикутника Л'єто у сечовому міхурі. Слизова трикутника Pawlik's на передній стінці піхви є гладкою, без складок (зона найменшого спротиву), відповідно вона може легко вип'ячуватись у піхву жінки у вигляді цистоцеле.

A. Ostemski (2012) при аутопсії 83-річної жінки виділив фрагменти передньої стінки піхви із підтвердженням наявності зони G. Останню було ідентифіковано у вигляді вмістилища зі стінками, що нагадують фіброзні тяжі. Вони добре візуалізувалися із чітко пізнаваною структурою.

Водночас O. Buisson (2010) повідомив, що точку G було популяризовано сексологом Beverly Whipple (1980) на честь пам'яті гінеколога Ернста Графенберга, а сексуальне збудження при коїтальному проникненні, на думку вченого, спричинено наближенням пеніса до внутрішньої частини клітора та дистальної частини передньої стінки піхви.

У дослідженнях V. Purro було доведено, що жіноча уретра розташована у проекції передньої стінки піхви,

а передбачувана точка G — орієнтовно у проекції тазової частини уретри. Отже, на думку автора, малоімовірно, що пеніс може контактувати безпосередньо з венозним сплетінням Kobelt або ж із проходами клітора при вагінальній пенетрації.

Z. Pastor (2010) відзначив, що наявність особливої анатомічної структури, відомої як точка G, не підтверджується у повному обсязі в наукових джерелах. G. Magnin (2010) та Т.М. Hines (2001) більш категорично заявили, що не існує біологічного або ж анатомічного підґрунтя для впевненого твердження щодо існування точки G.

І все ж таки 1950 р. Ернст Графенберг описав на передній стінці піхви ерогенну зону першого порядку, уперше визнану F. Addiego et al. (1981) як точка G, на знак поваги та пам'яті до дослідника цієї зони.

G.L. Gravina та E.A. Jannini et al. (2008) при ультразвукографічному дослідженні отримали зображення точки G, проте саме зображення представлено не було, що спричинило критичні зауваження опонентів.

Результати дослідження, проведені у відділі відновної урології та новітніх технологій ДУ «Інститут урології НАМН України» щодо вивчення функціональної активності передміхурової залози та виявлення анатомо-функціональних характеристик зони G, були неодноразово представлені на європейських і міжнародних конгресах із сексуальної медицини й позитивно оцінені. Це дозволило переконатися, що за умови вдосконалення методу ультразвукографічного дослідження із залученням доплерографії ЖПЗ стало можливим візуалізувати зону G у 85% обстежених жінок із визначенням особливостей кровотоку її судин як у спокої, так і під час сексуального збудження.

У працях San Diego Sexual Medicine (2012) було продемонстровано, що складовими зони G є перигландулярні та парауретральні тканини. Вона достовірно знаходиться у проекції уретри й є чутливим ерогенним органом жінки. До того ж дослідження С. Battaglia et al. (2010) продемонстрували, що під час статевому акту

у жінок виділяється близько 30–50 мл еякуляту у вигляді прозорої водянистої рідини. У пацієнок із менш об'ємним уретровагінальним простором (можна припустити менший об'єм жіночої простати) еякуляція була більш швидкою і супроводжувалася виділенням меншого за ємкістю вмісту. Було доведено, що жіноча простата — функціонально активний орган, задіяний у процесах любрикації при сексуальному збудженні як супровід адекватної сексуальної відповіді.

Отже, зона G залишається предметом неоднозначних дискусій і потребує додаткового ретельного вивчення на науковому підґрунті.

Хоча вперше (1920) на підставі аналізу клінічних та експериментальних досліджень було введено термін «жіноча еякуляція», в урологічній практиці дотепер досить часто цей феномен помилково сприймають за нетримання сечі при стресі. Використання за таких умов терапії із залученням вправ Кегеля та навіть хірургічного лікування є безпідставним.

У дослідженнях J.D. Petty і В. Whipple (1981) було продемонстровано, що у жінок із яскравою еякуляцією виявлено більш активні м'язи тазового дна, на відміну від осіб зі стресорним нетриманням сечі. До того ж у жінок, які відзначають жіночу еякуляцію, не було встановлено ознак гіперактивності детрузора. Відповідно до представлених доказів, жіноче сім'явилиття слід розглядати як природну реакцію жінки на сексуальний стимул, а не як рідкісне явище, що властиве жінкам у поодиноких випадках.

Отже, вищезгадані численні дослідження підтверджують важливу фізіологічну роль жіночої передміхурової залози?

— Представлені дані свідчать про те, що жіноча простата — активний гормонально залежний, функціонуючий протягом усього життя орган, подібний за морфо-функціональними характеристиками до чоловічої простати. Порушення функціональної активності жіночої залози відзначається на різних етапах життя й часто не враховується, маскується

під інші клінічні стани, в основному під уретральний синдром.

Дедалі частіше зустрічаються повідомлення стосовно гіперплазії та раку ЖПЗ. На особливу увагу заслуговують дані відносно формування лейоміом парауретральних залоз, особливостей клінічного перебігу захворювання та підходів щодо вибору методів адекватної терапії.

Таким чином, клінічне й експериментальне обґрунтування гомологічного збігу жіночої та чоловічої простатичної тканини стало переконливим свідченням коректності використання терміну «жіноча простата», а отже, переважанням невестигіальної концепції в усвідомленні функціональної активності цього органа в жіночому організмі.

У 2001 р. на підставі проведених досліджень FICAT погодився включити термін «жіноча простата» в наступне видання гістологічної термінології, заборонивши використання термінів «парауретральні залози» та «парауретральні проходи Скіна» для позначення простати у жінок.

На підставі морфологічних, гістохімічних, гінекологічних, урологічних, ендокринологічних, сексологічних, судово-медичних, хронобіологічних, променевих, клінічних та експериментальних досліджень було доведено, що параметри жіночої простати наближені до параметрів простати чоловіка, і це було взято за основу при введенні у жовтні 2008 р. до переліку гістологічної термінології терміну «жіноча простата».

Дослідження морфо-функціональних характеристик жіночої простати та розробка заходів своєчасної профілактики, діагностики й лікування спектра патологій цієї активної функціональної анатомічної структури у жіночому організмі є перспективними й активно продовжуються у провідних клініках світу.

Бесіду вела **Марина Малей**

3

Галицькі Експозиції® 2021

ЛЬВІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

12-14 травня

ПАЛАЦ МИСТЕЦТВ (вул. Коперника, 17)

26 МЕДИЧНА ВИСТАВКА

«ТанMED»

ТЕМАТИЧНІ РОЗДІЛИ ВИСТАВКИ:

- Лікувальне, діагностичне та реабілітаційне обладнання;
- Медичні прилади та інструменти;
- Лабораторна медицина;
- Офтальмологічне обладнання та оптика;
- Фармацевтичні препарати;
- Сучасна клініка та послуги

В рамках виставки:

- V спеціалізована експозиція «REABILITATION»

ОСНОВНІ ЗАХОДИ ФОРУМУ:

- 12 травня Науково-практична конференція «Неврологічна патологія - нові тенденції в діагностиці та лікуванні з позиції міждисциплінарного підходу»
- 12 травня Науково-практична конференція «Актуальні аспекти діяльності лабораторій в умовах реформування медичної галузі»
- 12 травня Майстер-клас з надання домедичної допомоги потерпілим «Базисна допомога CPR/BLS та використання зовнішнього автоматичного дефібрилятора AED»
- 13 травня Факхова школа «Репродуктивне здоров'я від А до Я»
- 13 травня Науково-практична конференція «Реабілітація патологій опорно-рухового апарату»
- 14 травня Майстер-клас «Формування практичних складових комплексу нейрореабілітаційних послуг»

ПАРТНЕРИ ФОРУМУ: A S PHILIPS uoslab

ПАРТНЕР ВИСТАВКИ: А МЕДИКА

Інформаційні партнери: Здоров'я України, Медична Україна, Медична Європа, Медична Америка, Медична Азія, Медична Африка, Медична Австралія, Медична Європа, Медична Америка, Медична Азія, Медична Африка, Медична Австралія, Health-ua.com

ОРГАНІЗАТОР ФОРУМУ: Гал-ЕКСПО® АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
тел.: (032) 2949112, 2949113

www.galexpo.com.ua/galmed
www.facebook.com/Lviv.Medical.Forum/

ВсЕУКРАЇНЬКА АСОЦІАЦІЯ БЕЗПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ ТА ФАРМАЦЕВТІВ

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

IV МІЖНАРОДНИЙ КОНГРЕС «РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я: МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ ЛІКАРІВ»

16–17 квітня 2021 року
КИЇВ, УКРАЇНА

онлайн НАЖИВО

4th ICRH & SME 2021
multidisciplinary approach to

Реєстрація на сайті www.icrh.com.ua

Всеукраїнська Асоціація безперервної професійної освіти лікарів і фармацевтів запрошує до участі в Конгресі, який відбудеться 16-17 квітня 2021 року, лікарів акушерів-гінекологів, гінекологів-онкологів, неонатологів, ендокринологів, лікарів загальної практики-сімейної медицини

Провідні міжнародні спеціалісти з Німеччини, Австрії, Мальти, Італії, Великої Британії, Ізраїлю, Росії

Майстер-класи та дискусії від світових експертів

Симуляційні тренінги

Клінічний консиліум

Симпозіуми

Дискусії експертів

Під час онлайн-трансляції будуть запроваджені онлайн-опитування для учасників, «дзвінок у студію» з можливістю адресувати питання будь-якому експерту-доповідачу

Сертифікати Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Захід подано на акредитацію до Європейської Акредитаційної Ради з безперервної медичної освіти (UEMS-EACCME)

Доказова медицина, вільна від комерції!

Галузі медицини

- Гінекологія
- Неонатологія
- Ендокринологія
- Сімейна медицина
- Вакцинація
- Онкогінекологія