

УЛЬТРАСТРУКТУРНА ТРАНСФОРМАЦІЯ СТІНКИ КЛУБОВОЇ КИШКИ В УМОВАХ ФУНКЦІОНУВАННЯ АРТИФІЦІАЛЬНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Р.В. Савчук, Д.О. Жуковський, А.І. Задорожнюк

Одеський національний медичний університет

Морфологічні зміни стінки артіфіціального сечового міхура різноманітні та їх дослідження триває з моменту створення першого кондуїту з ділянки клубового кишечника. Метою роботи було вивчення структурно-функціональної трансформації слизової та стінки неовладдера через 12 місяців, після ілеоцистопластики в експериментальних умовах на *mini-pigs*. Матеріалом цієї роботи послужили результати експериментальної моделі неовладдера, створеної шляхом виконання цистектомії та ілеоцистопластики у 9 експериментальних *mini-pigs*. Через 12 міс. після проведення операції моделювання сечового міхура тварин виводили з дослідження передозуванням нембуталу, дотримуючись положень «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, використуваних для експериментів або в інших наукових цілях». Наші морфологічні дослідження артіфіціального сечового міхура, сформованого з сегмента *ileum* через 12 місяців після ортотопічної ілеопластики довели значні ультраструктурні зміни в епітеліальному шарі неовладдера. Ворсинки клубової кишки в умовах артіфіціального сечового міхура

зменшуються та згладжуються, епітеліоцити набувають схожості з проміжним епітелієм. Сполучнотканинна пластина стовщується та грубішає, м'язова оболонка в свою чергу також стовщується. Зразки клубової кишки, які залишалися в звичайному оточенні, без взаємодії з сечею не зазнавали значних морфологічних трансформацій та не відрізнялися від зразків інтактної *ileum*. Трансплантація сегмента клубової кишки для виконання нових, не запрограмованих функцій змушує його адаптуватися до нових умов, хоча від самого початку сечовий міхур та *ileum* мають різне походження та будову. Нові агресивні умови та постійний контакт з сечею призводять до трансформації слизової клубової кишки та набувають нових рис, необхідних для виконання нової функції. Перспективою подальших досліджень артіфіціального сечового міхура є вивчення змін енергетичного гомеостазу, нейрогуморальної та синоптичної регуляції та пошук нових лікарських з'єднань здатних впливати на скорочувальну активність неоцисту та покращувати якість життя хворих з ортотопічною дерівацією сечі.

СЕКСУАЛЬНІСТЬ ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТАТИ

О.В. Бухмін, В.В. Мегера, В.В. Россіхін, А.В. Шусь

Харківська медична академія післядипломної освіти

Удосконалювання апаратури і технічних навичок виконання трансуретральної резекції (ТУР) простати дозволяє цій методиці не тільки втримувати провідні позиції, але й розширювати показання до її застосування.

Критерієм вибору методу лікування є його доступність, безпека для життя, достатня комфортність, можливість підвищити рівень якості життя пацієнта. Важливою складовою оцінки якості життя багатьох чоловіків є збе-

реження їхньої сексуальності, зниження якої значно впливає на психосоматичний стан людини, багато в чому визначаючи його відношення до планового лікування і його результатів.

Різні способи ТУР простати часто впливають на складові копулятивного циклу хворого після операції.

З метою визначення стану сексуальності пацієнтів, застосовувався метод анкетування за

шкалою кількісної оцінки чоловічої копулятивної функції (Лоран О.Б., Сегал А.З, 2012).

30 чоловіків, у віці від 48 до 69 років, з доброякісною гіперплазією простати, що виразили бажання максимально зберегти й можливо поліпшити свою сексуальність, були оперовані методом ТУР простати.

ТУР виконувалась за методикою максимального збереження внутрішнього й зовнішнього сфінктера уретри, сім'яного горбика та хірургічної капсули простати. У передопераційному та післяопераційному періоді всі пацієнти отримували антибактеріальні, імунорегуючі, протизапальні препарати та терапію супутніх захворювань.

Копулятивна дисфункція була виявлена у всіх хворих, впродовж перших трьох місяців після оперативного втручання.

Ослаблення лібідо у 20 (67%), погіршення ерекції – в 18 (60%), болісна еякуляція з домішкою крові в еякуляті – у 30 (100%), ретроградна еякуляція – у 4 (13%) хворих.

Всі пацієнти відзначали занепокоєння різного ступеня перед першим статевим актом після операції. Найбільша виразність копулятивних дисфункцій спостерігалася у хворих зі слабкою статевою конституцією, технічними погрішностями ТУР, запальними ускладненнями з боку органів сечостатевої системи, супутнім цукровим діабетом.

Перелічені копулятивні дисфункції були незначно виражені у представників сильної статевої конституції, без обтяженої супутньої патології та технічно успішно виконаної ТУР простати.

Через 8 місяців після оперативного лікування лібідо відновилося у 17 (57%), підсилилося – у 8 (27%), залишилося ослабленим – у 5 (17%) пацієнтів. Ерекційні дисфункції повністю зникли або не перешкоджали здійсненню полового акту у 14 (78%) з 18 хворих. Болісні еякуляції та ослаблення оргазму спостерігалися у 4 (13%) обстежених. Усунути ретроградну еякуляцію не вдалося в жодного з 4 хворих. З 26 пацієнтів з раніше збереженою еякуляцією в 8 (31%) виявлено зменшення обсягу еякуляту, і у 2 (8%) – розвиток ретроградної еякуляції. Ретроградна еякуляція після ТУР простати визначалася у 6 (20%) хворих.

Найбільш стійкими і практично незворотними були симптоми порушення еякуляції. Прагнення повністю видалити гіперплазовану частину простати змушує включати в зону резекції внутрішній сфінктер уретри, розташований у міхурово-уретральному сегменті, що приводить до його функціональної неспроможності та появи ретроградної еякуляції. Частою причиною розвитку ерекційної недостатності було пошкодження печеристих нервів і судин статевого члена, розташованих у парастатичній зоні при перфорації хірургічної капсули простати (Walsh et al. 1998; Bigg et al., 1999; Brendler et al., 2007).

Отримані дані свідчать про різноманітність копулятивних дисфункцій, що виникають у чоловіків з доброякісною гіперплазією простати після трансуретральної резекції. Профілактика та лікування цих ускладнень необхідні для поліпшення якості життя оперованих хворих.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ ПРОСТАГЛАНДИНІВ У ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ДГПЗ

А.В. Бухмін, В.В. Мегера, В.В. Россіхін, А.В. Шусь

Харківська медична академія післядипломної освіти

За даними різних авторів, при аналізі гістологічних висновків після ТУР простати, у 70% хворих спостерігається поєднання хронічного неспецифічного простатиту та доброякісної гіперплазії передміхурової залози.

Відомо, що при загостренні запального процесу в простаті, простагландини надають комплексний стимулюючий вплив на скорочувальний потенціал детрузора. Це призводить до функціонального зменшення об'єму сечового міхура та його нестабільності, що клінічно прояв-

ляється утрудненим сечовипусканням, імперативними позивами на сечовипускання та нічний полакіурії.

Обстежено 68 пацієнтів у віці від 52 до 84 років із ДГПЗ у фазі загострення хронічного простатиту. З дослідження виключили пацієнтів, що страждають на цукровий діабет 2-го типу, осіб з ознаками вираженої нирково-печінкової та серцево-судинної недостатності, хворих з обсягом залишкової сечі більше 100 мл і рівнем PSA вище 4,5 нг/мл. Всі пацієнти отримували