



24-25 ТРАВНЯ

**УРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ,
НЕФРОЛОГІЯ —
ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ,
ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ**

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

«УРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ – ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ, ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ»: Матеріали ювілейної науково-практичної конференції / Під ред. В.М.Лісового, І.М.Антоняна та ін. – Харків, 2018. - 360 с.

У збірнику всебічно висвітлені питання найбільш поширених захворювань сечовидільної та статевих системи. У тематичних розділах представлені статті та тези, присвячені найбільш актуальним проблемам онкологічної, геріатричної та педіатричної урології; представлені досягнення візуальної та лабораторної діагностики, досвід хірургів-урологів і лікарів-репродуктологів. Особливу увагу приділено актуальним проблемам нефрологи, трансплантації та діалізу.

Матеріали представляють науковий і практичний інтерес для урологів, андрологів, гінекологів, нефрологів, трансплантологів, хірургів, сексопатологів, сімейних лікарів і лікарів-інтернів.

Редакційна колегія: В.М. Лісовий, І.М. Антонян, Н.М.Андон'єва, Д.В.Щукін, І.А.Гарагатий, А.В.Аркатов, В.І. Савенков, Г.Г.Хареба, І.А.Туренко, Р.В.Стецишин, Т.О.Торак

Редакція не відповідає за зміст статей, які представлені авторами.

УДК 616-616.6

НЕЙРОГЕННА ЕРЕКТИЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ЯК ПОСЛЕДСТВИЄ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЇ ТРАВМИ. НАШ ОПИТ ЛЕЧЕННЯ

*Русинко І.М.¹, Русинко Н.М.¹, Приходько А.А.¹, Билык А.В.², Билык Л.В.³,
Вовк М.А.⁴, Квятковський Е.А.⁵, Коштура В.В.⁶*

¹КУ «Днепропетровское 12 ТМО» ДГС»; ²КУ «Никопольское ЦРБ» ДОС»;
³КУ «Никопольский родильный дом» ДОС»; ⁴КУ «КСМП»ДОС»;
⁵КУ «Днепропетровская 9 ГКБ» ДОС»; ⁶КУ «Днепропетровская 6 ГКБ» ДОС»

Половая (сексуальная) функция, являясь одной из самых важных и сложных биологических функций человека, обеспечивает как продолжение рода, так и систему социального взаимодействия. Ее реализация обеспечивается психическим, нейрогуморальным, эрекционным и эякуляторным компонентами, которые объединены в единую функциональную систему. Каждый ее компонент может быть нарушен, в связи с чем выделяют расстройства полового влечения, эрекции, эякуляции.

Нарушение эрекции, наиболее актуальную и функциообразующую составляющую полового акта, обозначают термином «эректильная дисфункция» (ЭД), под которым понимают неспособность развивать и поддерживать эрекцию, достаточную для проведения удовлетворительного полового акта.

По преимущественному механизму нарушения выделяют сосудистую, нейрогенную, психическую, эндокринную и механическую ЭД.

Нейрогенная ЭД (НЭД) наблюдается при различных заболеваниях и травмах как центральной, так и периферической нервной системы. Установлено, что сочетание ЭД с актуальной патологией нервной системы является важным психотравмирующим фактором, значительно снижающим качество жизни пациентов.

Нами проведен анализ результатов лечения НЭД у 35 пациентов в возрасте 18-35 лет с последствиями черепно-мозговых травм (ЧМТ). Последствия ЧМТ, обусловленные комплексом патоморфологических и регуляторных изменений в структурах головного мозга, определяют преимущественное поражение нейрогуморального и психического компонентов эректильной функции. Последствия тяжелых ЧМТ проявляются поражением эякуляторной составляющей копулятивного цикла (КЦ) в виде значительного затруднения или полного отсутствия эякуляции при сохранности остальных составляющих КЦ. Выраженность ЭД коррелирует с тяжестью посттравматической энцефалопатии. Среди отдаленных последствий ЧМТ выделяют дисфункцию гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы у мужчин – один из ведущих факторов развития ЭД.

При легких и средне-тяжелых ЧМТ формируются астенические элементы ЭД в форме снижения либидо, уменьшения яркости сексуальных ощущений, ускорение эякуляции, что связано с повышением активности симпатoadреналового комплекса вегетативной нервной системы на фоне сохраняющегося кортикального охранительного торможения. Легкие ЧМТ сопровождаются, как правило, обратимыми ЭД, а средне-тяжелые – ее устойчивыми формами при значимой роли астенического механизма и гормонального дисбаланса (увеличение продукции пролактина и снижение уровня тестостерона).

ЭД у пациентов, перенесших ЧМТ, выступает сильнейшим психотравмирующим фактором, способствующим ухудшению общего самочувствия, росту внутренней тревоги, усилению депрессивно-ипохондрического фона настроения и невротизации с дезактуализацией сексуальных отношений вплоть до отказа от половых контактов, что значительно снижает качество жизни.

Диагностика ЭД при ЧМТ включает детальный неврологический осмотр и определение уровня поражения неврологических структур, обеспечивающих взаимосвязь между всеми компонентами копулятивной системы, оценку гормонального статуса, состояния вегетативной регуляции и кровотока в артериях полового члена.

Основные принципы коррекции ЭД при ЧМТ заключаются, прежде всего, в терапии основного заболевания, патогенетическом лечении с использованием вазоактивных препаратов симптоматического действия из группы блокаторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ 5) (Силденафил, Тадалафил, Варденафил, Аванафил). С 2007 года в Корею для лечения ЭД стал применяться Уденафил. Кроме того, в комплекс лечения вводятся терапевтические средства коррекции сопутствующих типовых патологических синдромов – психастенического и депрессивных (невротических) изменений личности, а также нейрогуморальной дисрегуляции (Адаптол, Ноофен, Нейромедин).

Наши пациенты обратились за медпомощью в связи с неудовлетворительной половой функцией после перенесенной ЧМТ. Всем им было проведено комплексное обследование:

1. Детальный неврологический осмотр.
2. Определение уровня поражения невральных структур, обеспечивающих взаимосвязь между всеми компонентами копулятивной системы.
3. Состояние вегетативной регуляции и кровотока в артериях полового члена.
4. Изучение анамнеза.
5. Физикальное исследование наружных половых органов.
6. Ректальное пальцевое исследование.
7. Исследование гормонов крови (ЛГ, ФСГ, пролактин, эстрадиол, общего и свободного тестостерона).
8. УЗИ и ультразвуковая доплерография сосудов полового члена, яичек и их придатков, семенных канатиков и органов малого таза.

Давность НЭД составляла от 6 месяцев до 12 лет (в среднем – 3 года). У 30 (85,7%) пациентов обнаружено НЭД, у 5 (14,3%) пациентов - органическая эректильная дисфункция.

Мы с осторожностью относимся к назначению ингибиторов ФДЭ-5 Силденафила, Тадалафила, Варденафила, Аванафила пациентам старшего возраста, учитывая, что у большинства из них имеется сопутствующая кардиологическая патология. Мы считаем, что основной контингент пациентов, нуждающихся в применении ингибиторов ФДЭ-5, являются молодые пациенты с НЭД, а также пациенты с органической ЭД после устранения у них основной причины этого заболевания.

Всем пациентам с НЭД на фоне перенесенных ЧМТ мы назначали Уденафил (Зидена; Dong-A Pharmaceutical, Сеул, Корея). Уденафил один из новых селективных ингибиторов ФДЭ-5 был разработан в Корею в 2005 году и утвержден для лечения эректильной дисфункции. Механизм его действия основан на селективной ингибиции ФДЭ-5, приводящей к увеличению концентрации интракавернозного циклического гуанозинмонофосфата, с последующим включением цепи биохимических реакций, что приводит к расслаблению гладкомышечных структур синусоидов, усилению артериальной перфузии кавернозных тел и, в итоге, к развитию и поддержанию эрекции.

Пациенты принимали Уденафил длительно (в режиме мульти-доз) по 50 мг 1 раз в сутки в течении 12 недель. Мы отметили, что длительное регулярное ежедневное применение значительно улучшило состояние пациентов, что в большинстве случаев приводило к естественному спонтанному половому акту.

В комплексе лечения пациентам применяли препарат сбалансированного нейромодулярного действия Ноофен (производное γ -аминомасляной кислоты и фенилэтиламина) – транквилоноотроп, обладающий транквилизирующим и ноотропным свойствами, стимулирующий адаптационные механизмы НС, устраняющий психоэмоциональную напряженность, тревогу, фобические расстройства и в тоже время не влияющий на холино- и адренергическую передачу. Клиническое действие ноофена заключается в уменьшении астении, вазовегетативных симпатергических проявлений при отсутствии выраженного седативного эффекта или возбуждения. Ноофен назначали в дозе 250 мг (1 капсула) 4 раза в день в течение 2 недель, а далее – 3 раза в день в течение последующих 3 недель.

Полученное нами наблюдение свидетельствует об эффективности препарата Ноофен в комплексной терапии НЭД у пациентов с перенесенными ЧМТ за счет нормализации психоэмоционального состояния, восстановления нейрорегуляторных механизмов центральной нервной системы, а также охранительного торможения в кортикальных структурах головного мозга.

Таким образом, комплексный подход к диагностике и лечению НЭД у пациентов, перенесших ЧМТ, позволяет сократить время терапии основного заболевания, улучшить исходы и уменьшить вероятность психастенических и невротических осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С НЕФРОПТОЗОМ

*Русинко И.М.¹, Русинко Н.М.¹, Приходько А.А.¹, Билык А.В.², Билык Л.В.³,
Вовк М.А.⁴, Квятковский Е.А.⁵, Коштура В.В.⁶*

¹КУ «Днепропетровское 12 ТМО» ДГС»; ²КУ «Никопольское ЦРБ» ДОС»;

³. КУ «Никопольский родильный дом» ДОС»; ⁴КУ «КСМП» ДОС»;

⁵КУ «Днепропетровская 9 ГКБ» ДОС»; ⁶КУ «Днепропетровская 6 ГКБ» ДОС»

Нефроптоз – весьма распространенное заболевание, особенно у женщин в возрасте 20-50 лет. Под нефроптозом (опущение почки, патологическая подвижность почки, *ren mobile*) понимают такое патологическое состояние, при котором почка смещается со своего ложа за пределы физиологической подвижности. Одни специалисты считают нефроптоз заболеванием, другие – врожденной аномалией. Частота заболеваний среди женщин в 20 раз больше, чем среди мужчин. Опущение правой почки встречается в 4-6 раз чаще, чем левой. У детей опущение почки встречается во всех возрастах, чаще всего в возрасте 8-14 лет.

Большинство авторов считают, что нефроптоз является результатом врожденной слабости фиксирующего аппарата почки в сочетании с воздействием внешних факторов. Если нарушается целостность связывающего аппарата или уменьшается количество жировой ткани вокруг почки в капсуле, или происходит то или другое одновременно, то почка начинает свободно перемещаться в околопочечном пространстве и под своей тяжестью опускается вниз.

У мужчин почечное ложе глубокое, коническое и суживается книзу. У женщин оно плоское, цилиндрической формы, книзу расширяется. Левый купол диафрагмы более закруглен и выше, чем правый. В процессе смещения почки наиболее серьезные изменения происходят в сосудах ее ножки и в мочеточнике. При нефроптозе изменяется угол отхождения почечной артерии и вены от аорты и нижней полой вены с практически прямого до острого. Чем больше опущена почка, тем острее угол отхождения почечных сосудов. При этом происходит растяжение, удлинение и уменьшение диаметра сосудов. Уменьшенный приток артериальной крови к почке и выраженный венозный стаз в ней при вертикальном положении тела вызывают значительную гипоксию почечной паренхимы, нарушая ее функцию и способствуя продукции гипертензивных агентов.

При отсутствии нарушений часто отмечается бессимптомное течение или маловыраженные симптомы в виде болей в поясничной области, функциональные расстройства нервной системы, сопутствующие желудочно-кишечные расстройства. Возникновение симптомов со стороны нервной системы и желудочно-кишечного тракта связано с рефлекторным раздражением солнечного, брыжеечного, парааортального и других нервных сплетений при опущении почки. Самыми грозными осложнениями нефроптоза являются: пиелонефрит, нефрогенная гипертензия, гидронефроз и форникальное кровотечение.

Особенности течения нефроптоза при беременности:

- нефроптоз не является противопоказанием для вынашивания беременности;
- боли в спине могут присоединяться и усиливаться с увеличением срока беременности;