

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, імунореґуючі, 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

стандартну антибактеріальну терапію. Хворі були розподілені на групи:

– 1-ша група: 26 пацієнтів – отримували терапію тамсулозіном у дозі 0,4 мг/добу;

– 2-га група: 18 пацієнтів – отримували свічі з диклофенаком натрію по 50 мг, один раз на добу, на ніч через день;

– 3-тя група: 24 пацієнти – отримували тамсулозін 0,4 мг/добу та свічі з диклофенаком натрію по 50 мг, один раз на добу, на ніч через день.

Тривалість лікування у всіх групах склала 4 тижні. Для оцінки ефективності лікування використали комплекс стандартних рутинних урологічних досліджень, показники ІPSS, QoL, визначення рівня PSA.

Стан хворих оцінювався відразу після лікування. У всіх групах виявлена позитивна динаміка.

Ефективність терапії пацієнтів першої групи склала 61,4% (3 пацієнти припинили терапію через місцеву дратливу дію препарату або диспепсію, у 4 осіб результати проведеної терапії розцінені як незадовільні).

Для хворих 2-ї групи ефективність лікування склала 80,1% (2 пацієнти припинили прийом препарату через виражений гіпотензивний ефект, у 2 пацієнтів поліпшення не відзначене).

У хворих 3-ї групи позитивний результат від лікування досягнуто в 88,0% (2 пацієнти не змогли застосовувати свічі з диклофенаком натрію через місцеву дратливу дію препарату або диспепсію, у 1-го хворого розвинулися явища ортостатичної гіпотонії, що зробили неможливим подальший прийом тамсулозіну). Незадовільних результатів у цій групі не зафіксовано.

В обох групах, що одержували диклофенак натрію, відзначене зменшення показників рівня tPSA в 93,9% пацієнтів (середня різниця tPSA до, та після лікування склала 1,13 нг/мл).

Таким чином, патогенетично виправдано та доцільно у випадках загострення хронічного неспецифічного простатиту у осіб із ДГПЗ, застосовувати комбіновану терапію селективними $\alpha 1$ -адреноблокаторами та нестероїдними протизапальними препаратами.

ВІДДІЛЕНІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ КИШКОВОЇ ПЛАСТИКИ СЕЧОВОДІВ

*Е.О. Стаховський, П.С. Вукалович, О.А. Войленко, О.Е. Стаховський,
Ю.В. Вітрук, М.В. Пікуль, С.Л. Семко, О.А. Кононенко*

Національний інститут раку

За останні десятиріччя частота пошкоджень верхніх сечовивідних шляхів значно зросла. Це пов'язано з розширенням показань до оперативного лікування злویкісних новоутворень малого таза, широким впровадженням в практику ендouroлогічних, лапароскопічних оперативних втручань і частим застосуванням крупнофракційної променевої терапії

Мета дослідження: переглянути показання, вдосконалити хірургічну техніку та оцінити результати різних варіантів кишкової пластики сечоводу.

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз 178 пацієнтів, які з 1982 до 2018 року підлягли реконструктивному хірургічному лікуванню шляхом заміщення пошкодженого сечоводу сегментом тонкої кишки. Середній вік пацієнтів склав $56,5 \pm 8,2$ року. Всі пацієнти пройшли комплексне обстеження до операції. Спостереження за пацієнтами становить від 6 місяців до 26 років.

Результати. Показаннями до кишкової пластики сечоводу були: 58 (32,6%) – ятрогенні пошкодження сечоводу; 109 (61,2%) – випадки заочеревинного фіброзу (променевої, ідіопатичний); 8 (4,5%) – пухлина сечоводу; 3 (1,7%) – непрохідність сечоводу внаслідок туберкульозу. У 29 (16,3%) пацієнтів було проведено сегментарну пластику сечоводу, у 39 (21,9%) – субтотальну, 57 (32%) – тотальну, 53 (29,8%) – двобічну кишкову пластику. Заміщення одного або обох сечоводів проводили ізоперистальтичним трансплантатом. Ілео-везикальний анастомоз виконували з антирефлюксним механізмом: у 109 (61,2%) пацієнтів дистальна частина тонкої кишки була вивернута, формуючи манжетку; у 69 (38,8%) хворих антирефлюксну манжетку доповнювали її моделюванням за методикою інтраілеальної пластики. У 21 (11,8%) пацієнта накладали плікаційні шви на протибіжний край трансплантата, що забезпечує ви-