

98,0±21,0 хв. (70–135 хв.) у другій ($p>0,05$). Середній час теплової ішемії нирки у першій групі пацієнтів був 26 хвилин (9–37). Крововтрата склала 160,0±80,6 мл у першій групі та 230±120 мл у другій групі пацієнтів. Швидкість клубочкової фільтрації в оперованій нирці до операції становила 44,8±4,1 мл/хв. у першій групі та 43,5±4,2 мл/хв. у другій. Через три місяці після

операції вона становила 30,2±3,5 мл/хв. та 40,8±3,7 мл/хв. відповідно ($p<0,05$).

Висновки. Наша методика ЛРН виключає ішемію всієї ниркової паренхіми та значне порушення її функції в післяопераційному періоді. Крім того, метод забезпечує хорошу візуалізацію ділянки резекції та покращує швидкість операції.

ЕРЕКТИЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВИРАЖЕНИМИ СИМПТОМАМИ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ НА ТЛІ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.П. Стусь, А.А. Скоблюк, Д.І. Логвиненко

Дніпровський державний медичний університет

Згідно з даними досліджень, у пацієнтів із доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ) розлади сечовипускання доволі часто асоціюються з тими чи іншими порушеннями сексуальної функції (И.И. Горпинченко, 2002; Y. Chen et al. 2016; J.H. Lee et al., 2013). До недавнього часу не знаходили зв'язку еректильної дисфункції (ЕД) з симптомами нижніх сечових шляхів (СНСШ), і вважалося що ці розлади розвиваються незалежно один від одного. Однак в останні роки, в періодичних виданнях стало з'являтися все більше даних, що свідчать про виникнення і/або прогресування ЕД у зв'язку з наявністю і виразністю у чоловіків СНСШ. За даними А.М. Mondul і співав. (2008), при наявності у чоловіків СНСШ, ризик розвитку ЕД виявився вищим на 40%.

В даний час першою лінією терапії хворих ЕД стали пероральні препарати, що пов'язано з їх високою ефективністю і малою інвазивністю. Серед них інгібітори фосфодіестерази 5-го типу (ФДЕ-5) є препаратами вибору при лікуванні хворих ЕД. Є правомочним припустити, що якщо між СНСШ і ЕД існує такий тісний взаємозв'язок, то напевно лікування одного захворювання може надавати позитивний вплив на інше. Це і було підтверджено даними великих плацебо-контрольованих досліджень щодо кожного з трьох інгібіторів фосфодіестерази 5 (К.Т. McVary, 2007; С.Г. Stief, 2008; С.Г. Roehrborn, 2007). Дані цих досліджень в черговий раз роблять гіпотезу про ключову роль у взаємозв'язку ЕД з СНСШ ендотеліальної дисфункції найбільш обґрунтованою.

Мета роботи – вивчити ефективність лікування еректильної дисфункції у пацієнтів із СНСШ на тлі ДГПЗ після проведення трансуретральної резекції передміхурової залози (ТУРП) на тлі прийому інгібіторів ФДЕ-5.

Матеріали та методи дослідження. Після підписання інформованої згоди у дослідження були включені 30 пацієнтів із СНСШ та ЕД на тлі ДГПЗ віком від 59 до 72 років (середній вік 65,2±5,42 року). Критеріями встановлення діагнозу ДГПЗ були наступними: об'єм передміхурової залози ≥ 40 см³, максимальна швидкість сечовипускання < 15 мл/с, IPSS більше 15 балів, якість життя < 4 бали. Порушення еректильної функції визначали як «нездатність пацієнта досягти і/або підтримувати ерекцію, достатню для здійснення статевих актів, який задовольняє сексуальні потреби обох партнерів». Сума балів відповідей на опитувальник МІЕФ5 < 17 .

Обстеження проводили за 1–2 доби перед операцією та наступний день після закінчення 2-місячного курсу лікування препаратом аванафіл в дозі 100 мг 2 рази на тиждень після ТУРП і включало наступні процедури: анкетування (МІЕФ5, IPSS, QoL), фізикальне обстеження, трансабдомінальне УЗД сечового міхура та передміхурової залози з визначенням об'єму залишкової сечі, урофлоуметрію, визначення рівня простатоспецифічного антигену (ПСА), доплерографію судин статевого члена, загальноклінічні аналізи крові і сечі, біохімічний аналіз крові, імуноферментний аналіз сироваткових концентрацій гормонів.

В якості головних показників ефективності лікування використовували сумарний бал шка-

ли МІЕФ5, IPSS, QoL. В якості другорядних – показники кавернозного кровообігу за даними доплерографії, показники андрогенного профілю пацієнтів, об'єм залишкової сечі, концентрацію ПСА у сироватці крові. Оцінювання переносимості проводили на підставі визначення частоти, характеру та вираженості небажаних явищ.

Результати дослідження та їх обговорення. Досліджувану групу сформували чоловіки віком від 59 до 72 років із ДГПЗ, у яких розлади сечовипускання та ерекції мали помірний та тяжкий ступінь вираженості. Ці порушення тривали понад 2 роки.

Для оцінювання стану статевої функції використовували Міжнародний індекс еректильної функції (МІЕФ5). В обстежених чоловіків до курсового призначення аванафілу вдалі вагінальні пенетрації реєстрували тільки у третини випадків. Після закінчення 2 міс. курсу лікування цей показник у більшості пацієнтів досяг рівня «майже завжди або завжди».

Після оперативного лікування та закінчення 2 міс. курсу лікування препаратом аванафіл за результатами анкетування були зареєстровані

статистично достовірні та клінічно вагомні зміни суб'єктивних показників, що характеризують сечовипускання та еректильну функцію. Зокрема, медіани IPSS та QoL зменшилися на 21,4 та 4,3 бали відповідно. Усі показники МІЕФ5 достовірно збільшилися після закінчення курсу прийому аванафілу з $7,8 \pm 7,83$ до $15,4 \pm 0,24$ балів. Систолічна швидкість кровотоку в артеріях статевого члена при доплерографії збільшилась після лікування з $13,8 \pm 4,38$ см/с до $23,0 \pm 2,68$ см/с. Побічних явищ на тлі прийому аванафілу у пацієнтів не було виявлено.

Таким чином, в результаті проведеного дослідження виявлені кількісні і якісні особливості симптоматики порушення сечовипускання у хворих на ДГПЗ до та після хірургічного лікування, які мали еректильну дисфункцію. Виявлено, що призначення аванафілу в дозі 100 мг 2 рази на тиждень у післяопераційному періоді після ТУРП протягом 2 місяців значно покращує сексуальне здоров'я у чоловіків, що підтверджується як суб'єктивними (МІЕФ5), так і об'єктивними (доплерографія) показниками покращення еректильної функції.

НЕФРЕКТОМІЯ: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ

Н.О. Сайдакова, Г.Є. Кононова, А.Л. Ключ

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Актуальність роботи визначається тим, що по суті динаміка нефректомії з її структурою та іншими аспектами є індикатором організації і якості надання урологічної допомоги профільній категорії хворих. Крім того, за її результатами чітко простежуються проблемні питання, які потребують як подальшого наукового вивчення, так й підсилення профілактики, впровадження в клінічну практику сучасних досягнень цілеспрямовано з урахуванням регіональних особливостей. Зазначене стало метою роботи.

Матеріали та методи. Порівняльному аналізу піддані дані офіційної статистики за 2016 – 2020 роки. Особливістю роботи став регіональний підхід. Аналізувалися середні значення з їх похибкою. У разі необхідності для доведення відмінності двох сукупностей залучався критерій Стьюдента.

Результати. В Україні за останні 5 років (2016–2020 рр.) продовжує зменшуватись кількість нефректомії, проте з меншим темпом, ніж в попередню п'ятирічку (на 18,3% проти 27,7%), що певним чином пояснюється територіальними

змінами. В результаті у 2020 р. було виконано 2412 операцій. Найбільше їх приходить на Західний, Південно-Східний, Центральний регіони, що займають перші три місця і на які припадало у 2020 р. 35,4%, 32,7%, 16,5%. Тенденція до скорочення нефректомії має місце в усіх адміністративних територіях, за винятком Західного регіону, де спостерігався приріст (+40,8%); для Південного регіону та столиці характерним є найінтенсивніше зменшення (на 40,5% та 37,6%). За чисельністю нефректомії звертають увагу столиця та 7 областей (Львівська, Хмельницька, Полтавська, Запорізька, Дніпропетровська, Харківська, Одеська). В структурі причин преважують злоякісні новоутворення (72,4%), сечокам'яна хвороба (8,0%), гідронефроз (7,1%), що в сумі складає 87,5%; на доброякісні утворення та запальні хвороби припадало по 4,5%. Значимо, що загальна кількість органовиносящих операцій стала меншою за рахунок травм (на 47,8%), вроджених вад (на 48,8%) та сечокам'яної хвороби (на 25%), що пояснюється успіхами в діагностиці та лікуванні зазначеної категорії