

4. Diener M. K. Duodenum-preserving pancreatic head resection versus pancreatoduodenectomy for surgical treatment of chronic pancreatitis: a systematic review and metaanalysis. / M.K. Diener, N.N. Rahbari, L. Fisher [et al.] // Ann Surg. - 2008. – Vol. – 247. – P. 950-961.
5. Laer P. The different courses of early- and late-onset idiopathic and alcoholic chronic pancreatitis. / P. Laer, H. Yamamoto [et al.] // Gastroenterology. - 1994. – Vol. – 107. – P. 1481-1487.
6. Lindkvist B. A prospective cohort study on risk of acute pancreatitis related to serum triglycerides, cholesterol and fasting glucose / B. Lindkvist, S. Appelros, S. Regner [et al.] // Pancreatology. - 2012. – Vol. – 12. – P. 317-324.
7. Sah R. P. Prevalence, diagnosis, and profile of autoimmune pancreatitis presenting with features of acute or chronic pancreatitis. / R.P. Sah, R. Pannala, S.T. Chari [et al.] // Clin Gastroenterol Hepatol. - 2010. – Vol. – 8. – P. 91-96.
8. Stevens T. Update on role of endoscopic ultrasound in chronic pancreatitis / T. Stevens // Curr Gastroenterol Rep. - 2011. – Vol. – 13. – P. 117-122.
9. Sanyal R. Secretin-enhanced MRCP: review of technique and application with proposal for quantification of exocrine function. / R. Sanyal, T. Stevens, E. Novak [et al.] // Am J Roengenol. - 2012. – Vol. 43. – P. 124-132.
10. Sah PR. Autoimmune pancreatitis: an update on classification, diagnosis natural history, and management. / PR. Sah, ST. Chari. //Curr Gastroenterol Rep. - 2012. – Vol. – 14. – P. 95-105
11. Sard-Azodi O. Patient with celiac disease have increased risk for pancreatitis./ O. Sard-Azodi, D.S. Sanders, JA. Murray [et al.] // Clin Gastroenterol Hepatol. - 2012. – Vol. – 10. – P. 1136-1142.
12. Saftoiu A. State-of-the-art imaging techniques in endoscopic ultrasound./ A. Saftoiu // World J Gastroenterol. - 2011. – Vol. – 17. – P. 691-696.

Реферати

ПОРІВНЯННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ РЕТРОГРАДНОЇ ХОЛЕЦИСТОПАКРЕАТОГРАФІЇ, УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ФЕКАЛЬНОЇ ЕЛАСТАЗИ І В ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Парунян Л. М.

29 пацієнтам з ХМ у віці 39-61 років було проведено ЕРХПГ, УЗД і визначався рівень фекальної еластази 1. Контрольну групу склали 15 практично здорових людей. Вивчалися біохімічні показники, ІМТ, тривалість захворювання, вираженість клінічних симптомів. Тяжкість ХП за даними ЕРХПГ 0-1 бал виявлена у 5 пацієнтів, 2 бали у 14, 3 у 10 пацієнтів. У 25 пацієнтів було виявлено 5 УЗ-критеріїв змін паренхіми і протоку підшлункової залози. У 25 пацієнтів виявлено зниження рівня фекальної еластази нижче референтних значень (нижче 200 мкг/г): у 8 з них значення було нижче 50 мкг/г. У контрольній групі рівень фекальної еластази 1 був у межах 300-466 мкг/кг. Чутливість і специфічність фекальної еластази 1 склали 83% і 94% відповідно. Виявлена від'ємна кореляція між тривалістю захворювання, вираженістю клінічних симптомів та рівнем еластази 1 в калі. Рівень фекальної еластази 1 добре корелює з результатами ЕРХПГ.

Ключові слова: хронічний панкреатит, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, ультразвукове дослідження, фекальна еластаза 1.

Стаття надійшла 9.09.2015 р.

COMPARISON OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREA-TOGRAPHY, ULTRASONOGRAPHY AND FECAL ELASTASE1 IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Parunian L.M.

29 patients age 39-61 with chronic pancreatitis were examined ERCP, US and fecal elastase 1. 15 healthy control subject are studied prospectively. Fecal elastase and US were measured in healthy control subjects. ERCP severity scores were 0 to 1 in 5 patients, 2 in 14 patients and 3 in 10 patients. Fife US criteria of pancreatic tissue and duct damage were detected in 16 patients. In 15 patients with chronic pancreatitis was detected low levels of fecal elastase 1 (below 200 mcg/g), in 13 below 50 mcg/g. In healthy control subjects fecal elastase1 level was 300 to 466 mcg/g. Sensitivity and specificity of fecal elastase 1 for chronic pancreatitis were 75% and 98 % respectively. There was a negative correlation between disease duration severity of clinical symptoms and fecal elastase1 levels. Fecal elastase 1 also correlates well with ERCP.

Key words: chronic pancreatitis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ultrasonography, fecal elastase 1.

Рецензент Ляховський В.І.

УДК 616.69-008.14

Я. В. Саричев

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ α 1-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕДЧАСНОЮ ЕЯКУЛЯЦІЄЮ

Наведені дані літератури та власні спостереження щодо застосування окремих α 1-адреноблокаторів у передчасної еякуляції. Масив дослідження склали 82 пацієнти (з розподілом на групи тамсулозину, силодозину, доксазозину). Суперселективні α 1-адреноблокатори, при низькій кількості системних та локальних побічних явищ, можуть бути рекомендовані для лікування пацієнтів із передчасною еякуляцією.

Ключові слова: передчасна еякуляція, α 1-адреноблокатори, лікування.

Проблема передчасної еякуляції (ПЕ) є найбільш поширеним сексуальним розладом у чоловіків, при цьому деякі дослідники повідомляють рівень поширеності до 30% [1, 7]. Незважаючи на факт, що означена патологія не несе загрози для життя, вона суттєво впливає на якість останнього [10]. Хоча й дотепер немає загальноприйнятого універсального визначення ПЕ,

відповідно до Діагностичного і статистичного керівництва по психічним розладам (DMS-IV-TR) означена нозологія описується як «постійне або періодичне сім'явиверження з мінімальною стимуляцією, до або незабаром після введення статевого члена у піхву і, перш ніж чоловік хоче цього, що асоціюється з вираженим особистісним стресом та погіршенням міжособистісних стосунків» [2].

Існують та описані в літературі наступні загальноприйняті варіанти лікування ПЕ: психотерапія, поведінкова терапія та фармакотерапія [9]. Хоча поведінкове та психологічне консультування є провідними методами лікування ПЕ, вони вимагають активної участі обох партнерів. Отже, деякі культурні, релігійні та соціально-економічні групи пацієнтів обмежені у можливостях лікування [8]. Таким чином, частина пацієнтів з ПЕ намагається знайти більш швидкі шляхи вирішення цієї медичної проблеми, тому фармакотерапія набуває значної актуальності. Найяскравішими представниками фармакологічної терапії ПЕ є група селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС). Хоча СІЗЗС не були безпосередньо розроблені для лікування ПЕ, їхні додаткові ефекти допомагають лікувати пацієнтів з означеною патологією [6]. Отже, СІЗЗС широко використовуються в усьому світі, нерідко – у безперервному режимі. Означена група препаратів повинна застосовуватися для лікування ПЕ принаймні протягом 6 тижнів, за винятком дапоксетина [4]. Такий режим застосування може викликати певні негативні наслідки, зокрема зниження лібідо, розвиток серотонінергічного синдрому, головний біль, нудоту та запаморочення. Таким чином, дослідження з метою пошуку ефективної медикаментозної терапії без означених побічних ефектів продовжуються.

Як відомо, сім'яні міхурці приймають важливу участь у еякуляторному рефлексі, при цьому, відзначається висока щільність $\alpha 1$ -адренорецепторів у стінці цих анатомічних структур. Таким чином, блокуючи $\alpha 1$ -адренорецептори у сім'яних міхурцях, теоретично можна забезпечити затримку еякуляції. Однак, лише поодинокі літературні джерела містять дані щодо використання означеної групи препаратів у лікуванні передчасної еякуляції.

Метою роботи було порівняння ефективності та безпеки $\alpha 1$ -адреноблокаторів з оцінкою якості життя для лікування ПЕ. Додатковими цілями були визначення співвідношення ефективності, безпеки та впливу на якість життя пацієнтів.

Матеріал та методи дослідження. Масив дослідження склали 82 гетеросексуальних чоловіка з передчасною еякуляцією. Всі учасники були рефрактерними до психотерапії, або ж утримувалися від означеної. Усі пацієнти відповідали критеріям ПЕ, зазначеним у DSM-IV-TR [2]. Три пацієнти були виключені з дослідження у зв'язку з неможливістю оцінки віддалених наслідків лікування внаслідок втрати контакту з останніми, отже статистична вибірка містить масив із 79 пацієнтів. Усі пацієнти були розподілені на 3 групи в залежності від використовуваних α -адреноблокаторів. До групи I (n=26) були включені пацієнти, яким призначався тамсулозин у дозі 0,4 мг на добу; до групи II (n=32) – ті, що приймали силодозин у дозі 4 мг на добу, до групи III (n=21) – ті, що приймали доксазозин у дозі 2 мг на добу.

Всі хворі підлягали проведенню стандартного клініко-лабораторного дослідження, ретельному збору сексуального анамнезу, включаючи історію розвитку ПЕ, визначались індекс маси тіла (кг/м²), наявні супутні захворювання; критеріями виключення були гомосексуальність, зловживання алкоголем та наркотичними речовинами. Детально реєструвались інтравагінальний час до настання еякуляції (ІЧНЕ), до, під час, та після лікування, а також якість життя (ЯЖ). Ретельно аналізувались побічні ефекти α -адреноблокаторів. При віці пацієнта старше 50 років проводився PSA-скринінг. Головним критерієм ефективності лікування став ІЧНЕ. Всі α -адреноблокатори використовувались безперервно протягом якнайменше 20 днів. Спочатку проводилась реєстрація ІЧНЕ та ЯЖ. Перша реєстрація ІЧНЕ проводилася після 5-го дня лікування, коли досягався сталий рівень препарату у сироватці крові. Друга реєстрація проводилася на 10-й день лікування, а третя - на 20-й день лікування. Середні значення усіх цих ІЧНЕ були проаналізовані і в подальшому використовувались в якості середнього ІЧНЕ. На 20-й день лікування усі пацієнти заповнили опитувальники, що реєструють якість життя. Статистично значимими результати вважали при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Середній вік учасників дослідження склав $42,3 \pm 7,6$ років (від 20 до 71 року), тривалість передчасної еякуляції - $3,19 \pm 0,76$ років (від 1 до 6 років). Дані фізикального обстеження, ІЧНЕ та ЯЖ до лікування достовірно не відрізнялися між досліджуваними групами (таблиця 1). У процесі лікування спостерігалось збільшення ІЧНЕ та покращення ЯЖ для всіх груп (таблиця 2). Так, ефективність лікування у групі I склала 69,2 %, у

групі II - 81,3 %, у групі III – 57,1%. У п'ятьох пацієнтів спостерігались системні побічні дії, при цьому жоден з них не відмовився від подальшого лікування. Побічні дії мали характер запаморочення та постуральної гіпотензії (2 пацієнти з групи I, та 3 пацієнти з групи III), що були найбільш вираженими до 10-го дня лікування і у подальшому зникли. У семи пацієнтів (2 з групи I; 2 з групи II та 3 пацієнтів – з групи III) спостерігалась ретроградна еякуляція, яка не потребувала відміни препарата.

Таблиця 1

Дані фізикального обстеження та сексуального анамнезу

Параметри	Р у порівнянні між групами								
				Група I та		Група II та		Група III та	
	Група I	Група II	Група III	Група II	Група III	Група I	Група III	Група I	Група II
Вік, років	46,8±6,9	43,1±5,8	46,4±7,2	0,17	0,24	0,76	0,45	0,28	0,41
Індекс маси тіла, кг/м ²	24,8±2,9	24,3±2,6	26,1±2,8	0,78	0,26	0,56	0,32	0,21	0,48
Тривалість ПЕ, років	2,6±0,7	3,2±1,2	3,3±1,3	0,44	0,26	0,58	0,36	0,28	0,29

Таблиця 2

Зміни показників статевої функції на фоні лікування

Параметри	ІЧНЕ до лікування, сек	ІЧНЕ після лікування, сек	Р	ЯЖ до лікування	ЯЖ після лікування	Р
Група I	16,8±9,9	75,4±23,6	<0,05	3,2±0,5	2,7±0,4	<0,05
Група II	17,9±10,9	142,6±46,8	<0,05	3,8±0,8	2,1±0,6	<0,05
Група III	19,1±11,3	94,6±19,4	<0,05	3,5±0,9	2,3±0,5	<0,05

Звертає на себе увагу той факт, що статистично значимі зміни таких параметрів, як ІЧНЕ та ЯЖ, були відмічені у всіх групах. При цьому, група II (силодозин) показала найкращі результати, що ймовірно пов'язано з суперселективністю цього препарату до $\alpha 1$ -адренорецепторів, висока щільність яких наявна у сім'яних міхурцях. Крім того, силодозин має більш високу спорідненість до $\alpha 1$ -адренорецепторів у простаті. Таким чином, $\alpha 1$ -адреноблокатори ефективно гальмували перший етап еякуляторного рефлексу у досліджуваного масиву пацієнтів.

Висновок

У теперішній час найбільш популярним та рекомендованим Європейською Асоціацією Урологів препаратом для лікування ПЕ «за потребою» залишається представник групи СІЗЗС дапоксетин. На жаль, препарат у зв'язку з відсутністю реєстрації в Україні є недоступним для наших пацієнтів. Тривале ж застосування інших СІЗЗС несе у собі ризик розвитку системних побічних явищ. Застосування трамадолу гідрохлориду для лікування ПЕ, широко обговорюване європейськими сексологами [5], внаслідок обмеження обігу опіоїдів в Україні унеможливило його профільне застосування у означеної групи пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень. Суперселективні $\alpha 1$ -адреноблокатори можуть з успіхом застосовуватися для лікування пацієнтів із передчасною еякуляцією, маючи задовільну клінічну ефективність при низькій кількості системних та локальних побічних явищ. Режим дозування для лікування означеної патології потребують подальшого поглибленого дослідження.

Список літератури

1. Aschka C. Sexual problems of male patients in family practice / C. Aschka, W. Himmel, E. Ittner et al. // J. Fam. Pract. – 2001. – Vol. 50. – N.9. – P.773-778.
2. American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». - Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., - 2000. - ISBN 0890420254.
3. Almeida Kiguti L.R. Investigation of the effects of alpha1-adrenoceptor antagonism and L-type calcium channel blockade on ejaculation and vas deferens and seminal vesicle contractility in vitro / L.R. Almeida Kiguti, A.S. Pupo // J Sex Med. – 2012. – Vol.9. – N.1. – P.159-168.
4. Hatzimouratidis K. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation / K. Hatzimouratidis, E. Amar, I. Eardley [et al.] // Eur Urol. –2010. –Vol.57. – N.5. – P.804-814.
5. Giuliano F.A. Tramadol for the Treatment of Premature Ejaculation / F.A.Giuliano // European Urology. – 2012. – Vol.61. – P.744–745.
6. Kara H. The Efficacy of Fluoxetine in the Treatment of Premature Ejaculation: A Double-Blind Placebo Controlled Study / H. Kara, S. Aydin, M.Y. Agargun [et al.] // J Urol. 1996. – Vol.156. – N.5. – P.1631-1632.
7. Metz M. E. Premature ejaculation: a psychophysiological review / M.E. Metz, J.L. Pryor, L.J.Nesvacil et al // Sex Marital Ther. –1997. – Vol.23. – N.1. – P.3-23.
8. Master V. A. Ejaculatory physiology and dysfunction / V. A. Master, P. J. Turek // Urologic Clinics of North America. – 2001. – Vol.28. – N.2. – P.363-376.

9. Montague D. K. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation / D.K. Montague, J. Jarow, G.A. Broderick [et al.] // J Urol. – 2004. – Vol. 172. N.1. – P. 290-294.
10. Rosen R.C. Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life, and sexual relationship consequences / R.C.Rosen, S.Althof // Sex Med. – 2008. – Vol5. –N.6. – P.1296-1307.

Реферати

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ α 1-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИЕЙ

Сарычев Я. В.

Проанализированы данные литературы и собственные наблюдения по применению α 1-адреноблокаторов в лечении пациентов с преждевременной эякуляцией. Массив исследования составили 82 пациента (с разделением на группы тамсулозина, силодозина, доксазозина). Суперселективные α 1-адреноблокаторы, при низком количестве системных и локальных побочных явлений, рекомендованы для применения у пациентов с преждевременной эякуляцией.

Ключевые слова: преждевременная эякуляция, α 1-адреноблокаторы, лечение.

Стаття надійшла 28.09.2015 р.

PECULIARITIES OF α 1-ADRENOBLOCKERS USAGE IN PATIENTS WITH PREMATURE EJACULATION

Sarychev Y.V.

The author has analyzed the literature and gives his own observations on α 1-blockers usage in the treatment of patients with premature ejaculation. An array of study consisted of 82 patients (divided into groups of tamsulosin, silodosin, doxazosin). Superselective α 1-blockers, with a low number of systemic and local adverse events are recommended for use in patients with premature ejaculation.

Key words: premature ejaculation, α 1-adrenoblockers, treatment.

Рецензент Скрипніков А.М.

УДК 618.3+618.1-007.17[:616.3:616-022

Л. М. Семенюк, *В. К. Ліхачов, *Л. М. Добровольська, *О. О. Гарановська
 Центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України,
 відділ репродуктивної медицини і хірургії, м.Київ,
 *В ДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ФОРМУВАННІ ПАТОЛОГІЧНИХ БІОТОПІВ ОРГАНІЗМУ ПАЦІЄНТОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ НА ТЛІ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ

Стан шлунково-кишкового тракту надзвичайно важливий для збереження імунно-ендокринного балансу жіночого організму. Хроніостресс при метаболічних порушеннях у пацієнток з гіперандрогенією призводить до гіперпродукції кортизолу, створює умови для розвитку дисбактеріозу та синдрому «пропускаючого» кишківника. Визначення рівня секторного імуноглобуліну А в слизу цервікального каналу та копрофільтратах може слугувати маркером дисфункції шлунково-кишкового тракту і дисбіозу піхви та визначати етапність прегравідарної підготовки.

Ключові слова: невиношування вагітності, вагінальний біотоп, гіперандрогенія, імуноглобуліни.

Робота є фрагментом НДР «Вивчення патогенетичних механізмів виникнення захворювань репродуктивної системи у жінок, розробка методів удосконалення їх профілактики, консервативного та оперативного лікування і реабілітації», № держреєстрації 0112U002900. Прогнозування, профілактика, лікування та реабілітація доброякісних захворювань матки та додатків у жінок різного віку з ендокринною патологією», № держ-реєстрації 0113U002703.

Одними з першочергових завдань сучасної гінекологічної ендокринології є попередження порушень менструальної функції у жінок, репродуктивних втрат, материнської і дитячої смертності. Гіперандрогенія (ГА) є однією з провідних причин патології репродуктивної системи, частота якої в популяції сягає 10-20%. Зміни в ендокринному балансі при домінуванні андрогенів приводять до втрати вагітності, вторинного безпліддя, маніфестації супутніх ендокринно-обмінних захворювань [5, 7]. Гетерогенність, поліморфізм форм ГА сприяють істотним відмінностям трактування результатів обстеження, різній інтерпретації клінічних проявів і визначенню лікувальної тактики [7]. Мало уваги приділяється супутнім патологічним станам біотопів організму жінок з ГА, які формуються на етапі пубертату і починають маніфестувати при становленні менструальної функції. Зрив гормонально-імунної адаптації організму до гестації реалізується у вигляді імунної агресії, активації запальних процесів в тих чи інших органах, які забезпечують детоксикаційні процеси в організмі жінки, і в кінці-кінців призводять до втрати вагітності. Вивчаючи анамнез жінок зі звичним невиношуванням вагітності, багато дослідників звертають увагу на високий відсоток екстрагенітальної патології (88,1%,) у жінок з ГА [5, 7].

На сьогодні велика увага приділяється стану шлунково-кишкового тракту (ШКТ) в підтримці здоров'я людини [2]. В останні роки проблема функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту набуває все більшої актуальності, що обумовлено поширеністю цієї патології та поєднаними з нею численними проблемами. Кожен другий мешканець нашої планети страждає