

analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD008285. DOI: 10.1002/14651858.CD008285.

14. Neoadjuvant chemotherapy with paclitaxel and cisplatin or carboplatin for patients with locally advanced uterine cervical cancer. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi.* 2011 Aug;33(8):616-20

Крижанівська А.Е.

Рецидивы у больных раком шейки матки IIВ стадии

Резюме. Не смотря на развитие методов лечения и общее улучшение их результатов, рецидивы рака шейки матки, встречаются достаточно часто. Рецидивы заболевания возникли у 16,2% больных, которые получили комбинированное лечение по поводу РШМ IIВ стадии. Прогрессирование процесса в области малого таза (62,3%) было наиболее частой причиной смерти. Наиболее количество больных умерло на втором году после завершения лечения – 41,2%. 3-х летняя общая выживаемость больных РШМ IIВ стадии, которые получили комбинированное лечение составила – 85,3%, 5-летняя общая выживаемость – 71,2%.

Ключевые слова: рак шейки матки, комбинированное лече-

ние, лучевая терапия, неоадьювантная химиотерапия, рецидив.

A.Ye. Kryzhanivska

Recurrence in the Patients with Stage IIВ Cervical Cancer

Summary. Despite the development of treatment methods and general improvement of their results, recurrence of cervical cancer, happens rather often. The recurrence of the disease raised up in 16,2% patients, who took the combined treatment because of the stage IIВ cervical cancer. Process progressing in the area of small pelvis (62,3%) was the most frequent reason of death. Most patients died during the second year after the treatment has been completed – 41,2%. 3-year total survival in patients with stage IIВ cervical cancer with combined treatment made up – 85,3%, while 5-years total survival constituted – 71,2%.

Key wods: cervical cancer, combined treatment, radial therapy, neoadjuvant chemotherapy, recurrence.

Надійшла 08.04.2013 року.

УДК 616-073.7+616-008.6+616.69-008.1

Литвинець Є.А., Вінтонів О.Р., Костенко Л.В.

Кольорова доплерографія як метод виявлення судинної еректильної дисфункції

Кафедра урології (зав. каф. - проф. М.В. Зеляк) ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. З усіх причин сексуальних розладів судинна ЕД становить 70%. Стандартом обстеження хворих на ЕД є інтракавернозний фармакологічний тест. Для детального вивчення гемодинаміки проводилась кольорова доплерографія судин статевого члена з фармакологічною індукцією ерекції чоловікам з сексуальними розладами на фоні АГ. При дослідженні визначали основні доплерівські показники - максимальну систолічну швидкість (PSV), кінцеву діастолічну швидкість (EDV) та індекс резистентності (RI).

Показники базової PSV у практично здорових чоловіків становили в межах 43±0,90 см/с. Серед пацієнтів, у яких після індукції ерекції не наступила ерекція (25 чол), у 19 з них виражена венозна недостатність, EDV більше 5 см/с. У 63 чоловік після індукції ерекції отримана повноцінна ерекція, однак лише після 20 хвилини. Нормальні показники IR (більше 0.85) та EDV менше 5 см/с після введення препарату у дозі 2,5 мл свідчать про артеріальний тип ЕД. Кольорова доплерографія дає змогу на малоінвазивному рівні діагностувати у пацієнтів із сексуальним розладом на фоні артеріальної гіпертензії судинний тип ЕД, провести диференціацію венозного чи артеріального компоненту порушення, що спрощує обрання правильного, ефективного терапевтичного підходу до лікування таких пацієнтів.

Ключові слова: еректильна дисфункція (ЕД), артеріальна гіпертензія (АГ), діагностика, кольорова доплерографія, фармакологічна індукція ерекції.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Еректильна дисфункція (ЕД) - це нездатність досягати і (або) підтримувати ерекцію, достатню для задоволення сексуальної активності. Цей термін, запропонований Національним Інститутом охорони здоров'я США і в 1992 році прийнятий міжнародними організаціями урологів і андрологів, включає не лише нездатність утримувати статевий член в стані ерекції, але й порушення оргазму, а також ослаблення лібідо - статевого поягу. Еректильна дисфункція може бути запідозрена, якщо постійна або повторювана нездатність досягти і (або) утримати ерекцію спостерігається принаймні протягом 3 місяців. [1,2].

Фактично, більше половини чоловіків у віці від 40 до 70 років мають еректильну дисфункцію різного ступеня вираженості [4]. За приблизними оцінками, лише у США від ЕД страждають близько 10 мільйонів чоловіків [2]. За оцінками

німецьких вчених ця цифра в Німеччині наближається до 5 мільйонів. Згідно із статистикою, більше 152 мільйонів чоловіків у світі страждає ЕД, а в найближчі 20 років ця цифра може подвоїтись [9, 11].

В Україні кожен третій чоловік віком за 35 років страждає від ЕД. Такий невтішний висновок зробили наукові співробітники відділення сексопатології та андрології Інституту урології АМНУ [1].

Внаслідок різних причин ЕД діагностика сексуальних розладів досить складна, включає детальне клініко-лабораторне та андрологічне обстеження, анкетування, оцінку психологічного стану, сексуальної адаптації подружньої пари, стану нервового та судинного компонентів ерекції, гормонального забезпечення [7].

Для оцінки ступеня та глибини ЕД рекомендується використовувати п'ятиступеневу шкалу оцінки. Ці запитання з варіантами відповідей на них дозволяють оцінити здатність досягати і підтримувати ерекцію [2].

Після виключення ендокринної та психогенної природи захворювання, на основі загальноприйнятих тестів, з метою діагностики артеріальної ЕД проводять тест з силденафілом і візуальною еректильною стимуляцією під час УЗД пенільного кровотоку. Даний метод дослідження може бути використаний як перший етап діагностичного алгоритму у хворих зі скаргами на порушення ерекції. Він дозволяє вивчати механізми ерекції й диференціювати її порушення на менш інвазивному рівні. При ознаках декомпенсації ЕД, або в рідкісних випадках при неінформативному пероральному тесті з силденафілом, доцільно проведення інтракавернозного способу фармакологічної індукції ерекції для ультразвукового дослідження пенільного кровотоку. Даний метод використовується також з лікувальною метою [8, 4].

З усіх причин сексуальних розладів, судинна ЕД становить 70% [4]. Стандартом обстеження хворих на ЕД є інтракавернозний фармакологічний тест. Вводяться вазоактивні препарати, такі як каверджект, папаверин. Сповільнення появи ерекції свідчить про судинну ЕД. Для більш детального вивчення гемодинаміки використовується метод кольорової доплерографії.

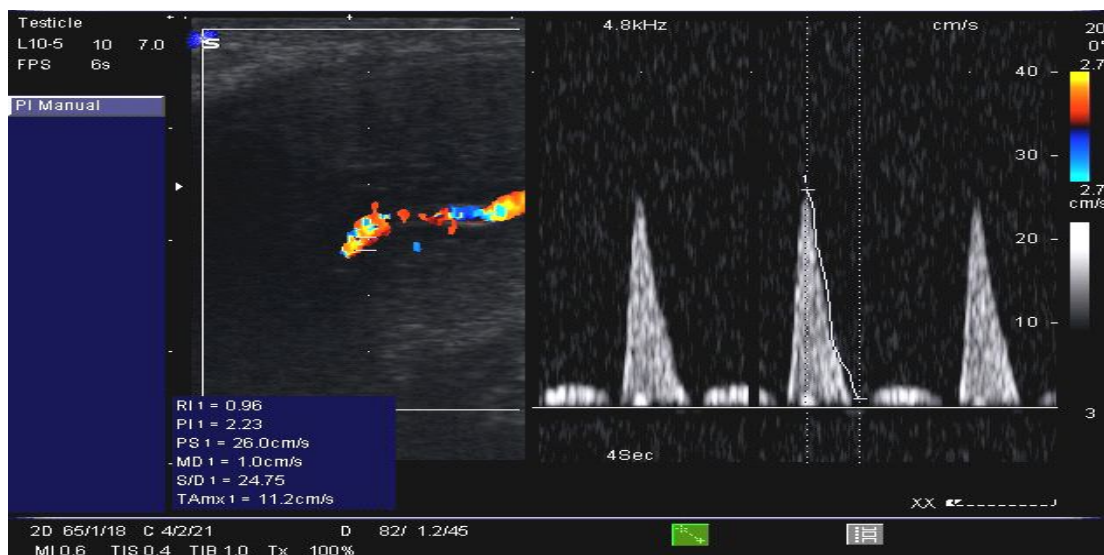


Рис. 1. Показники доплерографії перед стимуляцією в практично здорового пацієнта

Мета роботи – дослідити стан пенільного судинного кровотоку у чоловіків хворих на артеріальну гіпертензію з сексуальним розладом шляхом кольорової доплерографії з фармакологічною індукцією ерекції.

Матеріал і методи дослідження

Нами проведена кольорова доплерографія судин статевого члена з фармакологічною індукцією ерекції чоловікам з сексуальними розладами на фоні артеріальної гіпертензії (АГ). Обстежено 110 пацієнтів. Пацієнти були у віці від 34-65 років, маса тіла становила в середньому $78,3 \pm 5,2$ кг; індекс маси тіла – $25,6 \pm 2,3$ кг/м². Контрольна група складалася з 8 практично здорових чоловіків.

Доплерографію проводили на апараті «Siemens Sonoline G 60S», лінійними датчиками, що працюють у частотному діапазоні 7,5-12,0 МГц. Пацієнтів досліджували в положенні лежачи на спині, без спеціальної підготовки, у спокійній атмосфері з мінімізацією кількості учасників процедури. Вимірювання проводили біля основи статевого члена під кутом 45°. Реєстрували кілька фаз ерекції, що відрізнялися характерним доплерівським спектром. Доплерографію здійснювали в поздовжній і поперечній площині на рівні проксимальної, середньої третини статевого члена. Доплерографія статевого члена дала можливість у поздовжньому перетині візуалізувати глибоку статевою артерію статевого члена, візуалізувати поверхню і глибоку дорсальну вену на поверхні статевого члена у вигляді трубчастої структури, що легко змінюється в діаметрі при компресії датчиком, отримати доплерівський спектр кровотоку з кавернозних артерій в спокої та при фармакологічній індукції ерекції.

При дослідженні визначали основні доплерівські показники - максимальну систолічну швидкість (PSV), кінцеву діастолічну швидкість (EDV) та індекс резистентності (RI).

Перший етап проводився без стимуляції ерекції і визначався як базовий. Базова максимальна систолічна швидкість менше 25 см/с розцінювалась як знижена (в фазі набухання). Після першого етапу переходили до другого - сканування після інтракавернозного введення папаверину гідрохлориду у дозі 2,5 мл.

Результати дослідження та їх обговорення

У контрольній групі з 8 чоловік, доплерівська картина складалася з таких фаз: фаза спокою, що відрізнялася постійним об'ємом крові у статево члені, високим судинним опором. Кавернозні артерії при кольоровому доплерівському дослідженні візуалізувалися не завжди, але краще визначалися великі артерії. Латентна фаза характеризувалася збільшенням артеріального припливу на фоні розслаблення гладких артеріол і синусів, зниженням судинного опору. Приплив крові в кавернозні тіла значно перевищував відтік, статевий член залишався м'яким, добре видно кавернозні й спіральні артерії. Кровотік посилювався також у глибокій дорсальній вені. У фазі набухання (тумесценції) - внутрішньокаверноз-

ний тиск підвищувався, збільшуючи об'єм статевого члена; через стиснення емісарних вен розширеними кавернами. Повна ерекція характеризувалася продовженням артеріального припливу, відсутністю венозного відтоку емісарними венами в контрольній групі. У цій же групі в ригідній фазі потужність і об'єм статевого члена зберігався стабільно, тимчасово припинявся артеріальний приплив (можливо, за рахунок скорочення сіднично-печеристих м'язів), значно підвищувався внутрікавернозний тиск. У фазі детумесценції зменшувався об'єм статевого члена, збільшувався кровотік в дорсальній вені, знижувалась пікова систолічна швидкість і периферичний судинний опір на доплерівському спектрі.

Із 110 пацієнтів хворих на АГ, що пройшли базове обстеження, на інтракавернозне обстеження погодились 100 чоловік. Моніторинг змін кровоплину розцінювався перед фармакологічною індукцією ерекції, на 5 та 15 хв після фармакологічної стимуляції.

За нормунами прийняті показники: PSV 25 см/с і більше, EDV до 5 см/с і менше, RI 0,85 і більше.

Показники базової PSV у практично здорових чоловіків становили в межах $43 \pm 0,90$ см/с (рис. 1). Базове обстеження у пацієнтів з АД на фоні артеріальної гіпертензії нормальні показники PSV спостерігали тільки у 9 пацієнтів з 100 обстежених. Дані пацієнти хворіють нейроциркуляторною дистонією за гіпертонічним типом. Подальша фармакологічна індукція ерекції даним пацієнтам не проводилась.

У 72 пацієнтів відзначався нижчий показник PSV за 25 см/с (табл. 1): найменші показниками мали 7 чоловік, значення 20-24 см/с у 14 пацієнтів, значення 15-19 см/с у 24 пацієнтів, значення 10-15 см/с - у 20 пацієнтів і значення менше за 10 см/с у 7 пацієнтів (рис. 2).

Фармакологічна індукція ерекції з групи практично здорових вводилась тільки п'ятьом пацієнтам (табл. 2). У них повноцінна ерекція появлялась на 10-15 хвилині після стимуляції при високих показниках кровотоку і повному розширенні кавернозних артерій з двох сторін.

Таблиця 1. Характеристика основних доплерівських показників до медикаментозної стимуляції

Показники кольорової доплерографії	контрольна група (n=8)	артеріальний компонент (n=72)	венозний компонент (n=19)
PSV(пікова систолічна швидкість), см/с	$43 \pm 0,90$	$15,5 \pm 0,26$	$19,1 \pm 0,26$
EDV(пікова діастолічна швидкість), см/с	$4,8 \pm 2,82$	$4,2 \pm 0,26$	$6,5 \pm 1,38$
RI(індекс резистентності)	$0,88 \pm 1,38$	$0,72 \pm 3,29$	$0,65 \pm 3,29$

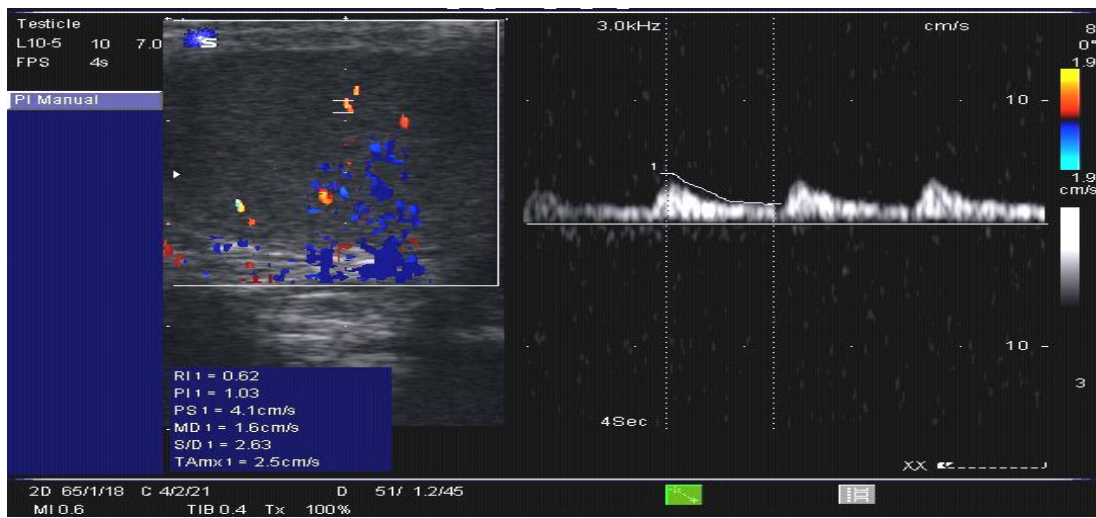


Рис. 2. Показники доплерографії перед стимуляцією в пацієнта з судинною ЕД

Серед пацієнтів, у яких після індукції ерекції не настигла ерекція (25 чол.), у 19 з них виражена венозна недостатність, EDV більше 5 см/с. Це розглядалося, як змішана судинна ЕД. В 6 інших випадках венозної недостатності не спостерігалось, однак відзначався значний кавернозний фіброз і пошкодження артерій. У 63 чоловік після індукції ерекції отримана повноцінна ерекція, однак лише після 20 хвилини (табл. 2). Нормальні показники IR (більше 0.85) та EDV менше 5 см/с після введення препарату свідчать про артеріальний тип ЕД (рис. 3).

Таблиця 2. Характеристика основних доплерівських показників після медикаментозної стимуляції 2,5 мл папаверину гідрохлориду на 15 хв

Показники кольорової доплерографії	контрольна група (n=5)	артеріальний компонент (n=72)	венозний компонент (n=19)
PSV (пікова систолічна швидкість), см/с	43±0,90	24,5±0,54	20,1±0,54
EDV (пікова діастолічна швидкість), см/с	4,8±2,82	3,2±0,26	6,5±1,38
RI (індекс резистентності)	0,88±1,38	0,86±2,82	0,67±2,82

Дослідження артеріальної системи при індукованій папаверином ерекції за допомогою кольорової доплерографії засвідчило, що у чоловіків без АГ пікова систолічна швидкість кровотоку дорівнювала 27-59 см/с для правої і лівої

печеристої артерії, відповідно. У сексуально активних чоловіків із супутньою АГ пікова систолічна швидкість кровотоку становила 24-7 см/с для правої і лівої печеристої артерії відповідно.

Отже, хворі на АГ мали вірогідно нижчу PSV кровотоку, ніж здорові чоловіки, що було субклінічною ознакою артеріальної еректильної дисфункції. Після індукції ерекції інтракавернозною ін'єкцією папаверином, PSV зросла до показників норми, однак у відтермінований період, близько на 20 хв, що свідчить про судинний компонент ЕД.

Висновки

1. Дослідження пенільного кровотоку при індукованій папаверином (в дозі 2,5 мл) ерекції за допомогою кольорової доплерографії дозволяє визначити судинні причини еректильної дисфункції; дає змогу продиференціювати артеріальний чи венозний типи порушення;
2. Серед 100 обстежених чоловіків хворих на АГ з сексуальним розладом у 72 пацієнтів виявлено артеріальний тип еректильної дисфункції, що підтвердило роль стану ендотелію судин статевого члена в механізмі ерекції;
3. Кольорова доплерографія - малоінвазивний метод, що дозволяє діагностувати у пацієнтів з ЕД на фоні АГ артеріальний тип ЕД і, таким чином, обрати правильний, ефективний терапевтичний підхід до лікування даних пацієнтів.

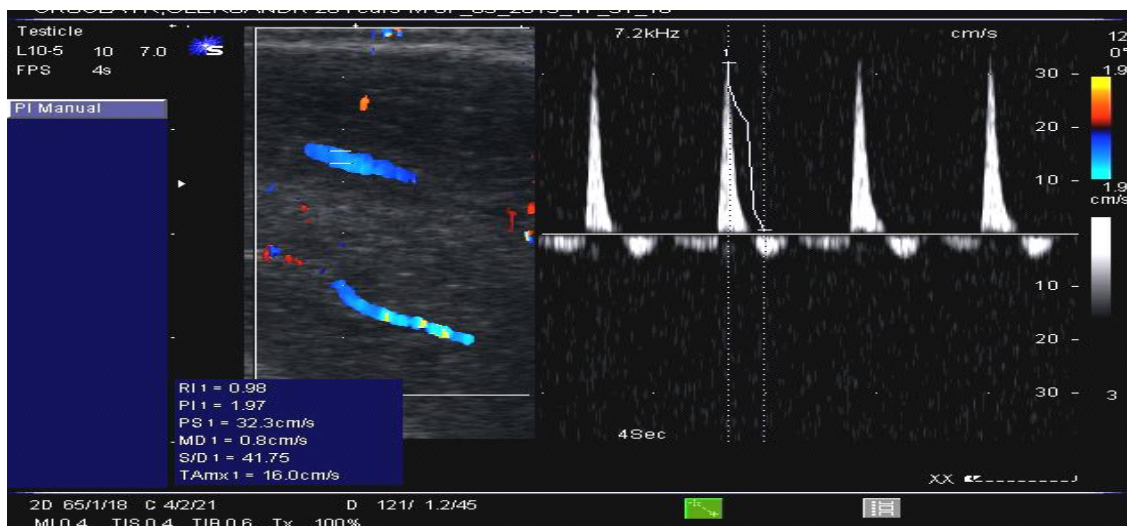


Рис. 3. Показники доплерографії після стимуляції на 20 хв в пацієнта з судинною ЕД

Перспективи подальших досліджень

За рахунок кольорової доплерографії судин статевого члена будуть доповнені діагностичні критерії обстеження пацієнтів із сексуальними розладами на фоні АГ та доповнення до рекомендацій щодо лікування таких пацієнтів, що дозволить покращити результати лікування серед пацієнтів з еректильною дисфункцією на фоні АГ.

Література

1. Абдуллаєв Р.Я. Комплексна ультрасонографія статевого члена: медичні аспекти [Текст] /Р.Я.Абдуллаєв, В.В. Гапченко // Український радіологічний журнал. - 2007.-№5.-С.40-44
2. Возіанов О.Ф. Застосування Віагри у лікуванні пацієнтів з еректильною дисфункцією [Текст] /О.Ф. Возіанов, І.І.Горпинченко, М.І.Жваво //Урологія. - 2000. - № 4. - С. 60-66.
3. Горпинченко І.І. Оптимізація лікування хворих інтерорецептивно психогенною статевою дисфункцією під впливом біоінформаційної терапії [Текст] / І.І.Горпинченко //Урологія. -2004. - № 2. - С. 57-62.
4. Горпинченко І.І. Лікування судинної копулятивної дисфункції [Текст] / І.І. Горпинченко, Я.О. Мірошников //Урологія. - 2001. - №2. - С. 61-64.
5. Жваво М.І. Сучасні уявлення про механізми ерекції [Текст] /М.І. Жваво // Урологія - 2000. - № 1 -С. 99-104.
6. Мірошников Я.О. До питань анатомії, фізіології та патофізіології ерекції [Текст] /Я.О.Мірошников //Урологія. - 2000. - № 2. - С. 95-102.
8. Горпинченко І.И. Гормонотерапия половых расстройств у мужчин и другие методы медикаментозного лечения [Текст] /И.И. Горпинченко, Л.П. Имшенецкая // К.: Космополис, 2004. - 48с.
9. Ковалёв В.А. Фармакотерапия эректильной дисфункции [Текст] / В.А. Ковалёв, С.В. Королева, А.А. Качалов //Урология. - 2002. - №1. -С. 33-38.
10. Лоран О.Б. Виагра (сильденафила цитрат) в лечении больных с эректильной дисфункцией [Текст] /О.Б.Лоран, Ю.Г. Аляев, П.А. Шепельов. //Урология. - 2000. - № 1. -С. 30-33.
11. Wei M, Macera CA, Davis DR, et al: Total cholesterol and high density lipoprotein cholesterol as important predictors of erectile dysfunction //Am J Epidemiol - 2004 - P. 930-937.
12. Klein R, Klein BE, Lee RE, et al: Prevalence of self-reported erectile dysfunction in people with long-term IDDM //J Diabetes Care - 2006, 19-P. 135-141.
13. Kloner RA, Speakman M: Erectile dysfunction and atherosclerosis //Curr Athewscler Rep - 2002 - №4 - P. 397-401.
14. Feldman HA, Johannes CB, Derby CA, et al: Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. Prevent Med - 2000, 30 - P.328-338.
15. Kloner RA, Mullin SH, ShookT, et al: Erectile dysfunction in the cardiac patient: How common and should we treat? //Urol 2003, 170 - P. 46-50.
16. Kim SW, PaickIS, Park DW, et al: Potential predictors of asymptomatic ischemic heart disease in patients with vasculogenic erectile dysfunction //Urology 2001, 58 - P.441-445.

Литвинец Э.А., Винтонив О.Р., Костенко Л.В.

Цветная доплерография, как метод определения сосудистой эректильной дисфункции

Резюме. Из всех причин сексуальных расстройств сосудистая эректильная дисфункция (ЕД) составляет 70%. Стандарт для обследования больных с ЭД интракавернозный фармакологический тест. Для подробного изучения гемодинамики была проведена цветовая доплерография полового члена с фармакологической индукцией эрекции у мужчин с сексуальными расстройствами с АГ (артериальной гипертензией). В исследовании проводился анализ основных параметров доплерографии: систолическая максимальная скорость (PSV), конечная скорость диастолы (EDV) и индекс сопротивления (RI). Основные показатели PSV в практически здоровых мужчин были в пределах $43 \pm 0,90$ см/с, среди пациентов, в которых после индукции не наступила эрекция (25 чел.), 19 из них венозная недостаточность, EDV более чем 5 см/с в 63-человек после индукции эрекции получено полную эрекцию, но только после 20 минут. Цветной доплер позволяет диагностировать на малоинвазивном уровне сексуальные расстройства у больных на фоне с артериальной гипертензией, провести дифференциацию венозного или артериального компонента, что позволяет легко выбрать правильный, эффективный терапевтический подход к лечению таких больных.

Ключевые слова: эректильная дисфункция (ЭД), артериальная гипертензия (АГ), диагностика, цветная доплерография, фармакологическая индукция эрекции.

Ye.A. Lytvynec, O.R. Vintoniv, L.V. Kostenko

Colour Dopplerography as a Method for the Detection of Vascular Erectile Dysfunction

Summary. The vascular ED is 70% of all the reasons of sexual disorders. Pharmacological test is a standard for the examination of patients with ED. For a more precise study of the hemodynamics there has been conducted the penile colour dopplerography with the erection pharmacologic induction in men with sexual disorders and with AH. The study investigated the main parameters of the doppler systolic maximal speed (PSV), the ultimate diastolic speed (EDV) and the resistance index (RI).

The main indicators of PSV in healthy men were ranging within 43 ± 0.90 cm/s among patients, who didn't have erection after induction (25 persons), 19 of them experienced venous insufficiency, EDV was more than 5 cm/s in the 63-man after the induction of erection received a full erection, but only after 20 minutes. Normal performance of IR (0.85) of less than 5 cm/s after the introduction of the drug in the dose of 2.5 ml of blood type of ED. Color doppler allows diagnosing the safety level in patients with sexual disorder on the background of arterial hypertension and vascular type of ED, differentiation of venous or arterial blood component, that makes it easier to choose the correct and effective therapeutic approach to the treatment of such patients.

Keywords: erectile dysfunction (ED), arterial hypertension (AH), diagnostics, color Doppler, pharmacological induction of erection.

Надійшла 15.06.2013 року.

УДК 616.33/342-002/44-06:616.36-002-06:616.71-07.234]-074

Лихацька Г.В.

Порівняльна характеристика клініко-біохімічних показників у хворих на хронічний гастродуоденіт, виразкову хворобу і неспецифічний реактивний гепатит із остеопорозом

Кафедра внутрішньої медицини № 2 (зав. каф. - проф. С.І.Сміян)

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Резюме. В останні роки встановлено, що близько 70 % від загальної кількості хвороб органів травлення займають гастрити, дуоденіти, виразкова хвороба, які часто поєднуються з неспецифічним реактивним гепатитом. Це приводить до порушення метаболізму і виникнення остеопорозу. Метою роботи було провести

порівняльну характеристику клініко-біохімічних показників, ендогенної інтоксикації у хворих на хронічний гастродуоденіт, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки і неспецифічний реактивний гепатит із остеопорозом. Обстежено 67 хворих на дану патологію. Для верифікації діагнозу визначали, крім загально-