



СӨЖ

Тақырыбы: ЭРЕКТИЛЬДІ ДИСФУНКЦИЯ

Орындаған: Орынбаева Қ.Б

Тобы: 406 “А” жмф

Тексерген: Жантелиева Л.А

Алматы.2014



Максаты:

- I Эректильді дисфункция түсінігін беру
- II Себептері, патогенезі, турлері, емін нақтылап көрсету

- Эректильді дисфункция (импотенция)- қанағаттанарлықтай сексуалды белсенділікке, яғни эрекцияға жеткізуге немесе оны қолдауға қабілетсіздігі.
- Эректильді дисфункция кез келген жаста көрінуі мүмкін,бірақ көбінесе егде жастағы еркектерде болады.
- 40 пен 70 жас аралығында аурудың таралуы 52% тең, жас ұлғаюына байланысты жүреді.



ЭТИОЛОГИЯСЫ

Эректильді дисфункция мультифакторлық ауру болып табылады. Кавернозды денеге келетін қанның мөлшерінің азаюына (жыныс мүшесінің артериялық жетіспеушілігі) немесе көбеюіне (венооклюзиялық дисфункция) алып келетін кез келген себеп, осы эректильді дисфункцияның себебі болуы мүмкін.

Эрекцияның бұзылысын негізінен – созылмалы аурулармен байланыстырады, бірінші кезекте атеросклероз, артериялық гипертензия, қант диабеті, депрессия, әр түрлі неврозды аурулар.

Сыртқы ортаның әртүрлі әсерінен де болады, мысалы, радиация, электромагнитті сәулелену.


Эректильді дисфункцияның тағы бір себептері созылмалы қантамыр жүйесінің, эндокрин жүйесінің, нерв жүйесінің аурулары, жамбас астауы және омыртқа жарақаттары.

Және де қосымша факторларға жасы, зиянды әдеттер, яғни темекі тарту, дене массасы да әсер етеді. Медикаментозды дәрілік препараттар да оның ішінде гипотензивті (клонидин, В-блокаторлар, резерпин), асқазан-ішек (ранитидин, циметидин), психотерапиялық және ісікке қарсы препараттар әсер етеді.

Патогенезі.Классификациясы

- Эректильді дисфункция
- Психогенді
- Органикалық
- Аралас
- **Органикалық :**
- Нейрогенді
- Қантамырлық
- Гормональды
- **Органикалық(васкулогенді)**
- Жыныс мүшесінің артериялық жетіспеушілігі
- Веноздық жетіспеушілігі
- Аралас (артериовеноздық)




- 
- Орталық жүйке жүйесінің бұзылысы, негізінен депрессия және фобиялық невроз эректильді дисфункция механизміне әсер етеді.
 - 60-70 % васкулогенді, яғни жыныс мүшесінің тамырлар жүйесінің зақымдалуы. Оған жыныс мүшесінің артериялдық жетіспеушілігі, веноздық жетіспеушілігі, кеуекті тіндердің склерозы.
 - Негізінен көп кездесетін себептерге, омыртқалық жарақаттар, бытыраңқы склероз, диабетикалық нейропатия. Жұлынның дегенеративті және миелінді тіндерді жоюшы аурулар, перифериялық нейропатия, операция мен жарақаттар әсерінен жамбастың жүйкелі будаларының зақымдануы жатады.
 - Гормональді эректильді дисфункция себептеріне - Паскуалини синдромы, Иценко-Кушинг, эндокринопатия, тестестерон мөлшерінің төмендеуі жатады.

Клиникалық белгілері және

ағымы


- Науқастың шағымын тыңдар алдында, оған жыныс қатынасы туралы түсініктеме беріп, копулятивтік циклдың жасаушы 3 бөлімінің:
- Либи́до (жыныс күштарлығы)
- Эякуляция (шәуеттің атқылауы)
- Оргазм (ләззат)
- сол қай жасаушы бөлімнің бұзылғанын анықтау қажет. ЭД-нің бұзылуына шағымданған еркектерге тән белгі оның бұзылу себептерінің біркелкі еместілігі. Эрекцияның бұзылуы - этиологиясы әр түрлі, сол себепті анамнез жинауда, жыныс күштарлығының (либи́до) бүтіндігіне, пәрменділігіне, ЭД қалай басталғанына және ұзақтығына, эрекция бұзылу дәрежесі, спонтанды, мастурбациялық эрекциялардың сақталуы мен сапасы, эякуляцияның бұзылулары, коитус өткізудің формасы, сексуалды серіктестің тұлға аралық психологиялық қарым-қатынасына мән берген жөн.



- 
- Васкулогендік зақымдалуда негізінен эрекциялық жасаушы бұзылады, тездетілген эякуляция простатаның, шәует төмпешігінің, көпіршіктерінің қабынуына тән. Васкулогенді ЭД-ға спонтанды және адекватты эрекцияның болмауы немесе әлсіздігі, тұрақсыздығы, коитус кезінде кавернозды денелердің веналарынан кері қанның көп қайтуынан эрекцияның кенет жойылуы (детумесценция) тән болады.
 - Жамбас, аяқтар аймағының қан айналымының бұзылуы сыртқы мықын артериясының “ұрлану синдромына” келтіреді.

Диагностикасы

- Ауруды тексеріп қарауда конституциялық ерекшеліктеріне мән беріледі. Жыныс мүшелерінің күйін бағалайды.
- 1. Лабораторлық тексеруде-простата секретін, шәуһетті зерттеу маңызды. Науқастың гормоналдық деңгейін (тестостерон, пролактин, эстрадиол, гонотропты гормондар) анықталады.
- 2. Жасанды фармакологиялық эрекция. Эрекция сапасы мен ұзақтылығын анықтау үшін. Вазоактивті препарат (простогландин E1, папаверин, фентоламин) интракавернозды енгізі арқылы жүргізіледі.
- Эрекцияның (тумесценция) даму жылдамдығы, оның дәредесі 6 балдық шкаламен: орто (жатқанда), клино (тұрғанда), стазда тексеріледі. Юнема шкаласы бойынша бағаланады (1987ж)
- Eг0- препаратты енгізгенде, реакция болмауы
- Eг1-шамалы тумесценция
- Eг2-толық емес
- Eг3-толық
- Eг4-кернеуі толық емес
- Eг5-жыныс мүшесінің толық кернеуі (эрекция)
- Егер 5-10 мин ішінде толық (ег5) дамып, 30-60 мин артық эрекция сақталса тест оң деп есептелінеді

- 
- 3. Жыныс мүшесінің түнгі тумесценциясын тіркеу. Ұйқы кезінде жыныс мүшесінің толысуы-ұйықтағаннан кейін 90-120 мин басталып, ұзақтығы 20-50 мин болады. Өздігінен қан толуын сапалы бағалау”Regiscan” аппаратымен орындалады, ол жыныс мүшесінің кернеуінің өзгерістерін оған орналастырған тензо көрсеткіштерінің графикалық тіркеумен көрсетеді
 - 4. Фармакодоплерография
 - 5. Кавернозография
 - 6. Пенобрахиалды индекс
 - Қосымша: психоневролог, невропатолог, эндокринолог, КТ, МРТ жүргіземіз.

ЕМІ

Этиопатогенезі бойынша жүргіземіз

Консервативті ем

Бірінші кезеңде тестостеронның концентрациясын жоғарылататын препараттар, пероралды эректогенді препараттар, вакуумды құрылғылар және психосексотерапия тағайындалады.

Екінші кезеңде уретраның ішіне және кавернозды дене ішіне вазоактивті препараттар енгізеді. Қажетті болса хирургиялық ем қолданылады. Эректілді дисфункциямен науқастың тестостеронының концентрациясы төмен, басқа гормондардың концентрациясы қалыпты болса тестостерон тағайындалады. Тестостерон ундеканот, мөлшері 1000 мг, оның физиологиялық деңгейін 12 апта бойы ұстайды.

Апоморфинді тіл астына 2-3 мг мөлшерде сексуальды стимуляциямен бірге қолданады, әсері 10-20 минуттан кейін дамиды. Йохимбин гидрохлорид – бір мәртелік 5 мг ішке, тәуліктік мөлшері 15-20 мг.

Пероралды препараттардың әсері болмаса **интракавернозды вазоактивті** дәрілерді инъекциямен енгізеді (алпростадил, фентоламин, папаверин): 10 мкг алпростадилді (Е простогландиннің аналогы) 1 мл физ.ерітіндіге ерітіп кавернозды денелердің біреуіне енгізеді.

Препаратты енгізгеннен 5-15 мин өткенде **эрекция** пайда болады; оның ұзақтығы мөлшеріне байланысты орташа 90 минуттай болады. Жиілігі аптасына 2 реттен аспауы керек.

Хирургиялық ем – фаллоэндопротездеу.



Эректілді дисфункцияны операциялық емдеудегі 3 бағыт:

1) жыныстық қатынасты жүзеге асыру үшін жеткілікті болатын жасанды тығыздық жасау үшін жыныс мүшесіне протездер имплантациялау;

2) жыныс мүшесіне қанның келуін күшейтуге немесе қанның кері ағысының кінәраттарын жоюға бағытталып, тамырларға коррекциялаушы операциялар жасау;

3) андрогендердің тапшылығының есесін толтыру мақсатымен импотенцияның эндокриндік формасы кезінде енді трансплантациялау.

Қорытынды

ЭД-ң алдын алу үшін: салауатты өмір салтын жүргізу керек, шылым шегу, наша тарту, алкогольді ішімдіктерді тоқтату керек; кез келген дәрілік препаратты қолданар алдында дәрігерден кеңес алыңыз, регулярлы ұзақ кезенді ұстамасыз жыныстық қатынаста болу керек; егер шап арасына немесе кіші жамбас травма немесе операциялар болса, қант диабеті немесе гипертониялық аурумен ауырсаңыз міндетті түрде урологпен сөйлесіңіз. Егер осының барлығын қадағаласаңыз жыныстық өмір ұзақ әрі толық болады.

Пайдаланылған әдебиеттер

- 1. Урология под ред. Н.А.Лопаткина 2006 г.
- 2. Урология Е.С.Мәмбеталин, А, 2009
- 3. Урология 2007. Клинические рекомендации
- 4. Урология, А.Н.Алшынбаев
- 5. www.google.kz

