

виконана трансуретральна ревізія, біопсія пухлини сечового міхура.

Результати. В процесі ретроспективного вивчення віддалених результатів у 88 пацієнтів на МІРСМ після парціальної цистектомії з тазовою лімфаденектомією та ад'ювантною хіміопротеновою терапією було досягнуто 5-річної загальної виживаності у 51,75%, канцерспецифічної виживаності – у 62%, безрецидивної виживаності – у 39% пацієнтів. Середня тривалість спостереження складала 6 років. Середній вік пацієнтів, яким було проведено парціальну цистектомію, становив 65,6 (діапазон 60–90 років). Співвідношення чоловіків і жінок становило 5:2. Застосування ад'ювантною хіміопротеновою терапією впливало на загальну виживаність. Порівняння результатів лікування хворих, які пе-

ренесли тільки оперативне втручання з пацієнтами після оперативного і/або хіміопротенової терапії показала, що після комбінованого лікування канцерспецифічна виживаність була на 8,6% вища.

Висновки. Потенційними перевагами органозберігаючих втручань в комбінації з ад'ювантною поліхіміотерапією і/або протеновою терапією є покращення якості життя хворих при задовільних безпосередніх і віддалених онкологічних результатах. Для пацієнтів, які перенесли парціальну цистектомію з тазовою лімфаденектомією, одночасне проведення ад'ювантною хіміопротеновою терапією може привести до більш сприятливих довгострокових результатів з точки зору загальної виживаності і тривалості життя пацієнтів.

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

В.П. Стусь¹, А.Л. Суварян², О.Ю. Крижановська^{1,2}

¹ Дніпропетровська державна медична академія

² Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова

Вступ. Варикоцеле є однією з причин безпліддя, яку можна лікувати хірургічним шляхом. Зустрічається, за даними різних авторів, у 3,9–39,6% у дорослій чоловічій популяції, у хлопчиків до 15 років у 0,7–16,2%. Серед чоловіків, що страждають безпліддям, хворі на варикоцеле становлять від 19% до 41%. Порушення сперматогенезу у дорослих хворих на варикоцеле виявлено в 20–83% спостережень. Частота вторинних безплідь серед чоловіків з варикоцеле складає 70–80%. Корекція варикоцеле сприяє покращенню параметрів сперми в 50–80% хворих, частота настання вагітності 31–71%, і значно збільшується частота випадків вагітності й народження при внутрішньоматковій інсемінації (Таневський В., 2001; Першуков А.І., 2002; Щеплев П.А. і співавт., 2003; Люлько О.В. і співавт., 2009, Dubin and Amelar, 1977, Gorelick and Goldstein, 1993, Witt and Lipshultz, 1993, Dailch J.A., 2000).

Основним методом лікування варикоцеле є оперативне лікування. На сучасному етапі застосовується мікрохірургічна субінгвінальна варикоцелектомія за методикою J.L. Maguag. Цю операцію можна застосовувати при всіх типах венозного рефлюкса за класифікацією V.L. Coalsaet. Використання мікроскопії поліпшує можливість ідентифікації й збереження лімфа-

тичних судин. Ця методика практично повністю усунула ризик розвитку гідроцеле в післяопераційному періоді, а кількість рецидивів значно нижча.

Матеріали та методи. З 2010 до 2019 р. в клініці урології Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова методом J.L. Maguag прооперовано 642 хворих на варикоцеле, у віці від 19 до 48 років (ср. 29,45±12,34 року). З метою уточнення ступеня порушення сперматогенезу, гормональних порушень, ступеня варикоцеле проводили: огляд і пальпацію органів калитки в положенні стоячи та лежачи, сперміологічне дослідження, визначали рівень гормонів крові (тестостерон, лютеїнізуючий, фолікулоstimулюючий, естрадіол, пролактин), ультразвукове дослідження органів калитки, флебографію. Для діагностики типу гемодинамічних порушень проведена ортостатична проба за методикою G. Flati. А також проводили загальноклінічні аналізи (загальний аналіз крові й сечі, біохімічний аналіз крові).

Найбільше звернень хворих на варикоцеле у віковому діапазоні 21–28 років 439 (68,42%). Частою причиною звернень хворих на варикоцеле за медичною допомогою є болісний синдром в області калитки, що посилюється при фізичному навантаженні (379 хворих, 59,12%), і

безпліддя (223 хворих, 34,56%). 203 хворих (31,58%) не пред'являли скарг і варикоцеле було виявлено випадково під час проведення профілактичних оглядів. У хворих превалювали варикоцеле III 266 (41,46%) і II 220 (34,21%) ступенів виразності, рідше зустрічалось варикоцеле I ступеня 156 (24,23%). Чистота виявлення I (реносперматичного) типу венозного рефлюкса склала 489(76,3%), II (ілеосперматичного) типу венозного рефлюкса – 81 (12,6%), III (змішано-го) типу венозного рефлюкса – 72 (11,2%).

107 (15,9%) хворих були прооперовані під місцевою анестезією, 535(84,3%) – під внутрішньовенною анестезією. Контрольне обстеження проводили через рік після оперативного лікування.

Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакета програм Statistica v.17.0 виробництва компанії StatSoft.

Результати. Тривалість операції склала від 16 до 40 хв. (сер. $24 \pm 9,56$). У післяопераційному періоді з метою анальгезії не застосовувались наркотичні анальгетики, ін'єкційні ненаркотичні анальгетики застосовувались тільки в 42 (6,48%) випадках, таблетовані анальгетики в 561 (87,46%), відмовились від анальгетиків 22

(3,46%). Пацієнти виписувались через декілька годин або на наступний день після операції. Тільки в 3 випадках відзначений рецидив захворювання (на ранньому етапі освоєння методики). У жодному випадку в післяопераційному періоді не були діагностовані гідроцеле, атрофія яєчка або інші ускладнення.

У контрольних дослідженнях через рік купірування болі відзначено у 557 (86,72%) хворих, збільшення у розмірах яєчка 274 (42,68%), покращення показників сперми у 401 (62,41%), настання спонтанної вагітності у 121 (18,82%), рецидив зареєстровано у 30 (4,6%) хворих.

Висновки. Отримані результати лікування варикоцеле методом J.L. Marmar дозволяють вважати, що дана методика є високоефективним засобом усторонення варикоцеле, патогенетично обґрунтована при всіх видах гемодинамічних порушень і в усіх випадках рецидивного варикоцеле, а також мінімальна інвазивність і, як наслідок, короткий післяопераційний період, зменшення часу перебування у стаціонарі, короткий відновлювальний період. Оперативне лікування варикоцеле сприяє покращенню показників сперми і спонтанним вагітностям.

РОЛЬ ФАЗ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ТА ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ГЕНІТАЛІЙ У ПАТОГЕНЕЗІ ГОСТРОГО НЕУСКЛАДНЕНОГО ЦИСТИТУ У ЖІНОК

С.П. Пасечніков^{1,2}, П.О. Самчук¹

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

² ДУ «Інститут урології НАМН України»

Мета дослідження: визначення ролі фаз оваріально-менструального циклу та хронічних запальних хвороб органів малого таза у патогенезі гострого неускладненого циститу у жінок.

Матеріали та методи. У роботі наведено результати обстеження 232 жінок, хворих на гострий необструктивний пієлонефрит (ГНП). Проаналізовано частоту виникнення гострого неускладненого циститу (ГНЦ), який передував ГНП. З загального числа хворих, на наявність симптомів ГНЦ на початку захворювання вказали 178 (76,7%). З них у 135 (I група) виявлено супутні хронічні запальні хвороби органів малого таза (ХЗХОМТ), а саме – вагініт, ендометрит, сальпінгіт, оофорит та 43 жінки (II група) без супутніх ХЗХОМТ. Дані групи були розділені в залежності від дня ОМЦ, в який розпочалося захворювання.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними $83,2 \pm 2,8\%$ загальної групи хворих жінок репродуктивного віку, ГНЦ починається з 20-го по 5-й день ОМЦ. Отримані результати дослідження в групах свідчать про те, що у 60,7% жінок I групи та у 22,5% жінок II групи у період з 20-го по 5-й день ОМЦ частота виникнення ГНЦ у 4 та 13 разів відповідно вища, ніж у інші дні циклу. У період з 20-го по 5-й день ОМЦ ГНЦ майже у 3 рази частіше виникає за наявності ХЗХОМТ ($60,7 \pm 3,7\%$ проти