

тромба, наличие кровяного тромба ниже опухолевого, инвазия интралюминальной опухоли в стенку НПВ с необходимостью ее латеральной или сегментарной резекции, а также полная или частичная блокада кавального кровотока.

Заключение. Нефрэктомия с удалением опухолевого тромба из просвета нижней полой вены осложняется значительными кровотечениями (бо-

лее 2000 мл) почти в 40% случаев. При этом преобладают множественные источники кровотечения. Основными факторами прогноза геморрагических осложнений являются IV стадия и региональное распространение почечной опухоли, а также супрадиафрагмальная локализация верхушки тромба, блокада кавального кровотока и инвазия интралюминальной опухоли в стенку НПВ.

## ХИБНИЙ КРИПТОРХІЗМ ЯК ОДНА З ПРИЧИН ПОРУШЕННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ ТА ГОРМОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЧОЛОВІКІВ

*В.П. Стусь, О.Ю. Крижановська, Є.П. Українець*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» ДОР*

Безпліддя стає перепоною на шляху до щасливого життя сімей усього світу, незважаючи на старання лікарів і всілякі досягнення в галузі медицини. За даними МОЗ, у 2016 році в Україні було зафіксовано 38 998 випадків жіночого безпліддя (77,67% серед усіх випадків жіночого і чоловічого безпліддя) і 11 210 випадків чоловічого безпліддя. Перша причина, а це десь близько 20–25% – це гормональні порушення, полікістоз яєчників, ендометріоз, трубне безпліддя. Друга, а це 40% випадків – чоловічий фактор і поєднаний фактор безпліддя. До того ж, десь 30–40% випадків безпліддя залишаються незрозумілими, причиною чого в 36–60% випадків є порушення репродуктивних властивостей чоловіків (Аліпов В.І. та співав., 1986; Kunzle R. et al., 2003; Jezek D. et al., 2004).

Згідно з даними літератури є багато етіологічно доведених та допустимих причин, які викликають багато наукових диспутів і можуть призвести до інфертильності у чоловіків (Тіктинський О.І. та співав., 1985; Gianotten J. et al, 2003; Matthiesson K., 2005; Brady B., 2006; Євдокімов В.В. та співав., 2006).

Існує багато гіпотез, яким чином порушується сперматогенез при різноманітних випадках репродуктивних порушень (Мазо Е.Б. та співав., 2001; Прохорова А.А., 1993; Евдокімов В.В. и соавт., 2003; Beagley K.W. et al., 1998; Kiuru A. et al., 2003; Song G.S. et al., 2006; Mc Keggacher C. et al., 2006; Grigore M., Indrei A., 2001).

Гормональне тло, згідно зі світовими статистичними даними, у чоловіків стабілізується по закінченні статевого дозрівання, тобто в се-

редньому до 17–20 років і залишається незмінним порядком 10 років. Уже з 30-річного віку у значної частини чоловічого населення відзначається постійне зниження рівня важливого статевого гормону – тестостерону. В нормі зниження його рівня становить близько 1% на рік, при гіподинамії до 2,5 % на рік (Кирилюк М.Л., 2013).

При виникненні різноманітних патологічних змін у яєчках ситуація значно погіршується. Тому рання діагностика захворювань, які можуть створювати додаткові причини до порушення функціонування репродуктивних органів, має значення.

Доведено, що порушення кровообігу яєчка негативно впливає на сперматогенез, оскільки сперматогенний епітелій досить чутливий до ішемії (Misro M. et al., 2005; Turner T., et al., 2005). Медведєв Ю.А. та Турганбаєв Ш.Т. (1973) у результаті своїх досліджень прийшли до висновку, що гіпоксія, при тривалому впливі може призводити навіть до асперматогенезу, а також, що гіпоксичний асперматогенез може носити аутоімунний характер. Такі явища можуть призводити до змін у тестікулах, що не дозволять отримати матеріал для ЕКО навіть шляхом міктотези.

Питання гормональних розладів та фертильності, збереження гормонального статусу та усунення безпліддя у чоловіків є темою кафедри протягом багатьох років. З 1993 до 2013 р. ретроспективно відстежено, та з 2013 р. нами було активно обстежено та прооперовано, з метою лікування безпліддя та вторинного гіпогонадізму, 96 пацієнтів з хибним крипторхізмом.

У всіх випадках вивчалися лабораторні показники, як рутинні загальноклінічні та біохімічні, так і гормональне тло та дослідження еякуляту, до та після операції. Також виконувались ультразвукове та фізикальне дослідження. Оперативне лікування полягало в пластиці пахового каналу за методом Жирара–Спасокуцького у модифікації Кімбаровського з одного або

двох боків. Максимальний термін післяопераційного спостереження склав 6 років.

Результатами проведеного дослідження статистично доведено наявність покращення досліджених показників рівня статевих гормонів, усунення проявів гіпогонадізму, усунення безпліддя у прямій залежності від часу, що пройшов з моменту оперативного лікування.

## ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ДІАГНОСТОВАНИМ РАКОМ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*А.І. Бойко, Д.О. Попов, С.Ю. Ілющенко, О.Н. Слинко,  
А.В. Марковський, К.Б. Малік, А.О. Савельєв*

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупіка  
Одеський обласний онкологічний диспансер*

**Актуальність.** На сьогоднішній день середня тривалість життя чоловіків в Україні становить 66,8 року. Середній вік пацієнтів з місцево-поширеним раком передміхурової залози становить 60–70 років. Пацієнти цієї групи мають обтяжений соматичний статус, що вимагає пошуку малоінвазивних методів лікування з менш вираженими ускладненнями, що підвищують тривалість і якість життя.

**Мета дослідження.** Вивчити якість сечовипускання, виживаність першого року після проведеної комбінованої терапії (ТУР + променева терапія + гормонотерапія) у пацієнтів з місцево-поширеним раком передміхурової залози.

**Матеріали та методи.** У дослідженні взяло участь 18 пацієнтів віком 71 рік (+/- 5 років) III стадії РПЖ. Оцінка прогресування пухлинного процесу проводилася за рівнем ПСА у пацієнтів даної вибірки. Якість сечовипускання оцінювалася за показниками IPSS, QoL та вимірювання залишкової сечі.

**Результати та висновки.** Отримані результати демонструють стабілізацію пухлинного процесу та високу якість сечовипускання у пацієнтів протягом першого року після проведення комбінованої терапії (ТУР + променева терапія + гормонотерапія).

## УРОДИНАМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ІЛЕОЦИСТОПЛАСТИКИ

*Р.В. Савчук, Ф.І. Костєв, Ю.М. Дехтяр, О.М. Колосов*

*Одеський національний медичний університет*

Найкращим методом лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура є радикальна цистектомія зі створенням штучного кишкового сечового резервуара з відновленням трансуретрального сечовипускання. Нетримання сечі після формування артифіційного сечового міхура – одне з основних ускладнень післяопераційного періоду, яке, за даними різних авторів, в нічний час може становити до 81%, а вдень – до 79 %.

**Мета дослідження:** вивчення уродинамічних особливостей штучного сечового міхура.

**Матеріали та методи дослідження.** Основну групу дослідження утворили 57 пацієнтів з інвазивним раком сечового міхура, яким була проведена радикальна цистпростатектомія з ілеоцистопластиком.

**Результати та висновки.** Штучний сечовий міхур, сформований з термінального відділу клубової кишки, демонструє оригінальні уродинамічні результати, які не схожі на дані, отримані при різних патологіях сечового міхура. Відзначалися пацієнти з вираженою атонією