

ням були 32 (43,9%) пацієнти, з лівобічним – 35 (47,9%), із двобічним – 6 (8,2%). Променеву терапію в анамнезі мали 6 (8,2%) хворих, травму сечоводу єдиної нирки – 2 (2,8%), травму подвоєних сечоводів – 5 (6,8%). Сечоводопіхові нориці мали 23 (33,3%) пацієнтки, комбіновані нориці були ідентифіковані у 3 (4,3%) хворих. Ураження сечоводу нижче здухвинних судин спостерігалися в 33 (45,2%) випадках, вище – в 34 (46,6%). Ураження верхньої третини сечоводу мало місце у 6 (8,2%) випадках. Етіологічними чинниками ушкоджень були: акушерсько-гінекологічна травма – 63 (86,3%), уретероскопія – 3 (4,1%), видалення прямої кишки – 5 (6,8%) та аорто-стегнове шунтування – 2 (2,8%). Для відновлення пасажу сечі по сечоводу у 70 пацієнтів застосовували клаптеву методику Боарі в оригінальній модифікації.

Результати. Інтраопераційні ускладнення: травма здухвинних судин – 1 (1,4%); травма

нижньої порожнинної вени – 1 (1,4%); крововтрата більше 500 мл – 7 (10%). Ранні післяопераційні ускладнення: підтікання сечі з післяопераційної рани – 8 (11,4%); загострення пієлонефриту – 23 (32,9%); стійкий парез кишечника – 13 (18,6%); хронічна затримка сечі – 2 (2,9%). Віддалений функціональний результат: гарний – 58 (82,9%); задовільний – 6 (8,6%); незадовільний – 6 (8,5%). Зменшення ємності сечового міхура зі стійкою гіперактивністю відмічалося у 2 (2,3%) пацієнтів.

Висновок. При досить високому рівні ранніх післяопераційних ускладнень, які потребували лише консервативної терапії, ми вважаємо, що основою надання хірургічної допомоги пацієнтам з ятрогенною уретеральною травмою є клаптева методика. Її головна перевага – гарні репаративні процеси уротелія, за рахунок гарного кровопостачання клаптика сечового міхура та високий рівень позитивних віддалених результатів.

УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНА ОЦІНКА КРОВОПЛИНУ СУДИН ЖІНОЧОЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*В.М. Григоренко, О.В. Ромащенко, В.В. Білоголовська,
С.М. Мельников, М.О. Косюхно, А.Л. Ключ*

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Вступ. Анатомічними складовими жіночої передміхурової залози є парауретральні залози та фасція Гальбанса. Жіноча передміхурова залоза (ЖПЗ) розташована вздовж уретри: довжина уретри обмежує зону формування ЖПЗ, а протоки ЖПЗ відкриваються в уретру (М. Zaviacic, 2000).

Мета дослідження: ультрасонографічна оцінка кровоплину судин жіночої передміхурової як в спокої, так і при сексуальній стимуляції у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Проведено гінекологічне, сексологічне, ультрасонографічне дослідження 94 сексуально активних жінок-волонтерів віком від 24 до 42 років. Визначення ЖПЗ при УЗД проводилось у режимі сірої шкали (В-режимі) з використанням кольорового доплерівського картування (КДК) та оцінкою доплерометричних індексів судин парауретральних залоз як до, так і після сексуальної стимуляції (перегляд пацієнткою відео-еротичного фільму впродовж 20 хвилин). Для покращення візуалізації ЖПЗ проводили катетеризацію

сечового міхура та вводили в піхву балон, заповнений гелем.

Результати дослідження. Передній (міатальний) тип локалізації ЖПЗ виявлено при накопиченні тканин парауретральних залоз у проекції дистального відділу уретри у 67 (71,2%) обстежених, задній тип – в зоні задньої уретри – у 19 (20,2%), дифузний тип – вздовж уретри – у 7 (7,5%), відсутність – у 1 (1,1%). ЖПЗ візуалізувалась у вигляді чіткого ізоехогенного овального утворення розмірами: довжина – $2,2 \pm 0,6$ см, ширина – $1,52 \pm 0,4$ см, товщина $1,3 \pm 0,3$ см, об'єм – $4,75 \pm 0,5$ см³. Діаметр судин в зоні ЖПЗ становив від 0,17 до 0,21 см в спокої, а при стимуляції – 0,39–0,41 см. Максимальна систолічна швидкість кровоплину (Vps) була в спокої 8,9–11,1 см/сек, а при сексуальній стимуляції – 13,9–14,1 см/сек, індекс резистентності (IR) – 0,6–0,62 та 0,63–0,68, індекс пульсативності (IP) – 1,44–1,22 та 1,61–1,72, відповідно.

Висновок. Ультрасонографічне дослідження з доплерографією судин парауретральних

залоз за запропонованою методикою дає змогу не лише ідентифікувати ЖПЗ, а і визначити її типи. При проведенні КДК відмічено збільшен-

ня діаметра судин та покращення судинного малюнка в зоні парауретральних залоз на тлі сексуальної стимуляції.

ІМУНОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ І ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ЧОЛОВІКІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

*В.В. Черненко, Г.М. Драннік, Ю.М. Бондаренко, О.П. Петрина,
В.С. Савченко, Т.В. Порошина, Д.В. Черненко, В.Й. Савчук*

ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Вступ. Рання діагностика безсимптомних форм раку передміхурової залози за допомогою визначення простатспецифічного антигену (ПСА), пальцевого та/або ультразвукового ректального обстеження поки не продемонструвала здатності збільшувати виживання, тому доцільний пошук додаткових маркерів захворювання.

Мета роботи: визначити особливості HLA-фенотипу та показників імунітету периферичної крові у чоловіків різних вікових груп, хворих на рак передміхурової залози (РПЗ) та доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ).

Матеріали та методи. Вивчали особливості HLA-фенотипів та показники стандартної імунोगрамі у 17 хворих на РПЗ віком 50–60 років та 10 хворих з ДГПЗ (80–90 років), у порівнянні з 350 здоровими донорами, жителями м. Києва. HLA-антигени визначали стандартним мікролімфоцитарним тестом на планшетах Тerasaki з використанням панелі анти-HLA сироваток (20 антигенів локусу А, 42 антигенів локусу В); відносний ризик (ВР) вважали достовірним при $RR > 2$, етіологічну фракцію (ЕФ) – $s > 0,1$.

Результати. У чоловіків, хворих на РПЗ, відносний ризик у локусі А зумовлюють антигени HLA – A25 ($RR=6,63$) і A29 ($RR=86,26$) з етіологічною фракцією, відповідно, $s > 0,5$ і $s > 0,25$. У локусі В відносний ризик високий для антигенів B49 ($RR=53,67$), B21 ($RR=8,24$) і B40 ($RR=3,17$) з етіологічною фракцією, відповідно, $s > 0,13$, $s > 0,29$ і $s > 0,18$.

У чоловіків, хворих на ДГПЗ, предикторами захворювання виступають антигени локусу

А – A24 ($RR=2,98$), A26 ($RR=2,98$), A29 ($RR=69,02$). Етіологічну фракцію складають A24 ($s > 0,11$), A26 ($s > 0,11$) та A29 ($s > 0,16$). У локусі В відносний ризик захворювання обумовлюють антигени B8 ($RR=6,45$), B35 ($RR=4,8$) і B38 ($RR=23,14$) з етіологічною фракцією B8 ($s > 0,42$), B35 ($s > 0,4$) і B38 ($s > 0,16$).

У хворих на РПЗ відсоток CD8+ клітин периферичної крові значно вищий норми у 88% хворих, у хворих на ДГПЗ – у 50% хворих, відповідно. За критерієм Стюдента середні значення відрізняються на рівні достовірності $p=0,018$. За Т-критерієм Вілкоксона центральні тенденції відрізняються на рівні достовірності $p=0,037$.

У хворих на РПЗ абсолютні показники CD8+ клітин периферичної крові значно вищі норми у 47% хворих, у хворих на ДГПЗ – у 70% хворих, відповідно. За критерієм Фішера при порівнянні дисперсій встановлена відмінність на рівні достовірності $p < 0,01$.

Висновки

1. Антиген HLA A29 достовірно часто зустрічається у хворих на ДГПЗ та РПЗ.

2. Предикторами захворювання на РПЗ є наявність у фенотипі чоловіків антигенів A25, B49, B21 та B40.

3. Предикторами захворювання на ДГПЗ є присутність у фенотипі антигенів A26, A24, B8, B35 та B38.

4. Показник відсотка CD8+ клітин в периферичній крові хворих на РПЗ значно вищий за показник у хворих на ДГПЗ.