



Всеукраїнська громадська організація
Асоціація урологів України
All-Ukrainian non-governmental organization
Ukrainian Urological Association



Державна установа «Інститут урології
імені академіка О.Ф. Возіанова
Національної академії медичних наук України»
State Institution «Academician O.F. Vozianov
Institute of Urology of the National Academy
of Medical Sciences of Ukraine»

№ 2(10) | 2026

КВИТЕНЬ/APRIL • ЧЕРВЕНЬ/JUNE

ISSN 3083-5976 • ISSN 3083-5984
(print) (online)

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ УРОЛОГІЇ

UKRAINIAN JOURNAL OF UROLOGY

НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ / SCIENTIFIC JOURNAL

АНОНС

ІСТОРИЧНІ НАРИСИ

Горовий В.І., Соснін М.Д., Морару-Бурлеску Р.П.,
Шапринський В.О., Церковнюк Р.Г.,
Кравченко А.М., Чайка О.М., Верба М.А.

**ІСТОРІЯ ВПРОВАДЖЕННЯ БІОПСІЇ
ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ
НА РАК ПРОСТАТИ**

50

HISTORICAL ESSAYS

Gorovyi V.I., Sosnin M.D., Moraru-Burlesku R.P.,
Shaprynskyi V.O., Tserkovniuk R.H.,
Kravchenko A.M., Chaika O.M., Verba M.A.

**HISTORY OF THE INTRODUCTION
OF PROSTATE BIOPSY IN PATIENTS
WITH PROSTATE CANCER**

50

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Щукін Д.В., Маковозов О.О., Демченко В.М.,
Хареба Г.Г., Антонян І.М., Панасовський М.Л.,
Стецишин Р.В., Пінській Л.Л.

**ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ
НА СКЛАДНІСТЬ ХІРУРГІЇ ПУХЛИННИХ
ТРОМБІВ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ
І МЕТОДИ ЇХ ОЦІНКИ**

64

ORIGINAL RESEARCH

Shchukin D.V., Makovozov A.A., Demchenko V.M.,
Khareba G.G., Antonyan I.M., Panasovsky M.L.,
Stetsyshyn R.V., Pinsky L.L.

**FACTORS AFFECTING THE COMPLICATION
OF SURGERY FOR TUMOR THROMBOSIS
OF THE INFERIOR VENA CAVA AND METHODS
OF THEIR ASSESSMENT**

64

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

Володимир Миколайович Лісовий

ЗАСТУПНИК ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА

Юрій Миколайович Гурженко

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Олександр Валентинович Борисов
Сергій Олександрович Возіанов
Сергій Вікторович Головко
В'ячеслав Миколайович Григоренко
Юрій Миколайович Гурженко
Владислав Миколайович Демченко
Вікторія Євгенівна Дріянська
Валерій Іванович Зайцев
Федір Іванович Костев
Юліан Олегович Мицик
Сергій Петрович Пасечніков
Тетяна Вікторівна Порошина
Валерій Севастьянович Сакало
Леонід Петрович Саричев
Володимир Володимирович Спиридоненко
Віктор Петрович Стусь
Олександр Владиславович Шуляк
Дмитро Володимирович Щукін

РЕДАКТОРИ ВИПУСКУ

Юрій Миколайович Гурженко
Олександр Владиславович Шуляк

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Ігор Михайлович Антонян
Мауріціо Браузі
Флоріан Вагенленер
Алессандро Вольпе
Фотіос Дімітріадіс
Микола Леонідович Панасовський
Володимир Федорович Петербургський
Олексій Олексійович Підмурняк
Кемаль Саріка
Пйотр Хлоста
Валтер Штрохмаєр

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР

Лариса Миколаївна Старцева

EDITOR-IN-CHIEF

Volodymyr Lisovyi

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Yurii Gurzhenko

EDITORIAL BOARD

Oleksandr Borisov
Sergiy Vozianov
Sergiy Golovko
Viacheslav Grygorenko
Yurii Gurzhenko
Vladyslav Demchenko
Viktoriya Driianska
Valerii Zaitsev
Fedir Kostiev
Yulian Mytskyk
Sergiy Pasiechnikov
Tetiana Poroshyna
Valerii Sakalo
Leonid Sarychev
Volodymyr Spyrydonenko
Viktor Stus
Oleksandr Shulyak
Dmytro Shchukin

EDITORS OF THE ISSUE

Yurii Gurzhenko
Oleksandr Shulyak

EDITORIAL COUNCIL

Ihor Antonyan
Maurizio Brausi
Florian Wagenlehner
Alessandro Volpe
Fotios Dimitriadis
Mykola Panasovskyi
Volodymyr Peterburgskyi
Oleksii Pidmurniak
Kemal Sarica
Piotr Chlosta
Walter Strohmaier

EXECUTIVE SECRETARY

Larysa Startseva

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ УРОЛОГІЇ

UKRAINIAN JOURNAL OF UROLOGY

Київ. 2026. № 2(10). 108 с.

Заснований у вересні 2024 року.
Виходить 4 рази на рік.

ЗАСНОВНИКИ:

Всеукраїнська громадська організація
Асоціація урологів України (ВГО АУУ);

Лісовий Володимир Миколайович,
доктор медичних наук, професор,
член-кореспондент НАМН України,
лауреат Державної премії України,
заслужений лікар України;

Державна установа
«Інститут урології
імені академіка О.Ф. Возіанова
Національної академії
медичних наук України».

ВИДАВЕЦЬ:

ТОВ «ДІА»,
Свідоцтво про внесення
до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
№ 1149 (серія ДК) від 12.12.2002 р.

Рекомендовано до друку

Вченою радою
Державної установи
«Інститут урології
імені академіка О.Ф. Возіанова
Національної академії
медичних наук України»
(протокол № 3 від 26 травня 2026 року).

Ідентифікатор медіа R30-05440,
згідно з рішенням
Національної ради України
з питань телебачення і радіомовлення
від 29.08.2024 № 2628.

Статті прорецензовано.

Адреса редакції:

9а, вул. В. Винниченка,
м. Київ, 04053, Україна
e-mail: mail@urology-journal.org.ua



ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ АСОЦІАЦІЯ УРОЛОГІВ УКРАЇНИ
ALL-UKRAINIAN NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATION UKRAINIAN UROLOGICAL ASSOCIATION



ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ УРОЛОГІЇ ІМЕНІ АКАДЕМІКА О.Ф. ВОЗІАНОВА
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
STATE INSTITUTION «ACADEMICIAN O.F. VOZIANOV INSTITUTE OF UROLOGY
OF THE NATIONAL ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE»

Підписано до друку 28.07.2026 р. Формат 60 × 84/8. Друк офсетний. Папір крейдований.
Ум. друк. арк. 12,56. Наклад 50 прим. Зам. № УЖУ-02–26.

Оригінал-макет та друк ТОВ «ДІА».
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи № 1149 (серія ДК) від 12.12.2002 р.
45, вул. Васильківська, м. Київ, 030022, Україна.

Цілковите або часткове розмножування в будь-який спосіб матеріалів,
опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу видавця.

ЗМІСТ / CONTENTS

КОНГРЕС АСОЦІАЦІЇ УРОЛОГІВ УКРАЇНИ. ТЕЗИ

О.В. Шуляк, Ю.М. Гурженко Конгрес Асоціації урологів України. Європейська школа урологів 2026	5
Gurzhenko Yu.M., Spyrudonenko V.V. Improvement of sexual functions in men with benign prostatic hyperplasia with long- term use of the <i>Serenoa Repens</i> extract	8
Базалицька С.В., Персидський Ю.В., Романенко А.М., Возіанов С.О. Патогенетичні механізми порушень сперматогенезу та ініціації канцерогенезу яєчка	9
Гурженко О.Ю. Роль альтернативної терапії у лікуванні доброякісної патології молочних залоз.	10
Гурженко Л.Ф. Гострий та хронічний епідидиміт з точки зору лікаря фізичної та реабілітаційної медицини	11
Гурженко О.Ю. Оцінка гормонального статусу у жінок з довгостроковими ускладненнями після кесаревого розтину.	12
Видрін К.Є., Дехтяр Ю.М., Залива К.А. Рефрактерний больовий синдром сечового міхура у жінок: мультимодальні терапевтичні підходи	13
Гурженко А.Ю. Показання до трансплантації нирки	13
Борисов С.О., Костєв Ф.І., Борисов О.В., Мартинюк Д.В. Кореляційна залежність прогресування пієлонефриту при цукровому діабеті в оцінці впливових біомаркерів	16

ОНКОУРОЛОГІЯ

Головко С.В., Метельський С.О. Тазова лімфодисекція при раку передміхурової залози: баланс діагностичної користі та ускладнень в еру PSMA PET/CT (Огляд літератури)	18
--	----

ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Квятковський Є.А., Куцяк Т.Л., Квятковська Т.О. Стан ниркової гемодинаміки і уродинаміки верхніх сечових шляхів при гестаційному пієлонефриті з ретенційними змінами чашечково-мискової системи за даними ультразвукової доплерометрії	26
--	----

ОСВІТА ТА ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА

Зайцев В.І., Нікітін О.Д. Телехірургія у навчанні урологів	33
--	----

ABSTRACTS OF THE AUU CONGRESS

Shulyak O.V., Gurzhenko Yu.M. The AUU Congress. European School of Urology 2026	5
Gurzhenko Yu.M., Spyrudonenko V.V. Improvement of sexual functions in men with benign prostatic hyperplasia with long-term use of the <i>Serenoa Repens</i> extract	8
Bazalitska S.V., Persidskiy Yu.V., Romanenko A.M., Vozianov S.O. Pathogenic mechanisms of spermatogenesis disorders and the initiation of testicular carcinogenesis	9
Gurzhenko O.Yu. The role of alternative therapy in the treatment of benign breast diseases	10
Gurzhenko L.F. Acute and Chronic Epididymitis from the Perspective of a Physician Specializing in Physical and Rehabilitation Medicine	11
Gurzhenko O.Yu. Evaluation of the hormonal status in women with long-term complications after cesarean section	12
Vydrin K.Ye., Dekhtyar Yu.M., Zalyva K.A. Refractory bladder pain syndrome in women: multimodal therapeutic approaches.	13
Gurzhenko A.Yu. Indications for kidney transplantation	13
Borysov S.O., Kostiev F.I., Borysov O.V., Martyniuk D.V. Correlation between the progression of pyelonephritis in diabetes mellitus and the assessment of relevant biomarkers	16

ONCOLOGICAL UROLOGY

Golovko S.V., Metelskiy S.O. Pelvic lymph node dissection for prostate cancer: balancing diagnostic benefits and complications in the era of PSMA PET/CT (Literature review)	18
---	----

DISEASES OF THE URINARY SYSTEM

Kvyatkovsky E.A., Kutsyak T.L., Kvyatkovska T.O. The state of renal hemodynamics and urodynamics of the upper urinary tract in gestational pyelonephritis with retention changes of the calyx-pelvic system according to ultrasound dopplerometry data	26
--	----

EDUCATION AND PROFESSIONAL TRAINING

Zaitsev V.I., Nikitin O.D. Telesurgery in the training of urologists.	33
---	----

5. Протипоказання як динамічний критерій

Список протипоказань постійно змінюється з появою нових методів лікування. Те, що вважалося абсолютним протипоказанням десятиліття тому, сьогодні може бути відносним або відсутнім взагалі.

5.1. Інфекційні захворювання.

- **ВІЛ-інфекція:** за сучасними протоколами (наприклад, NOPE Act в США), пацієнти з ВІЛ з невизначеним вірусним навантаженням та високим рівнем CD4⁺ клітин мають показання до ТН. Результати співставні із загальною популярністю.
- **Гепатити В та С:** наявність вірусного гепатиту більше не є протипоказанням. Сучасні проти-вірусні препарати прямої дії (DAA) дозволяють елімінувати вірус гепатиту С до або після трансплантації. При гепатиті В необхідно контролювати реплікацію вірусу.

5.2. Онкологічні захворювання. Активний рак є абсолютним протипоказанням через ризик рецидиву на фоні імунідепресії. Проте після радикального лікування існують рекомендовані періоди «відлежки» (waiting time):

- **Нирковоклітинний рак:** 2–5 років залежно від стадії.
- **Рак молочної залози, колоректальний рак:** не менше 5 років.

Ці строки можуть бути скорочені при пухлинах низького ступеня злоякісності за умови індивідуального підходу.

5.3. Соціальні та психологічні фактори. Відсутність соціальної підтримки, активна наркоманія, алкогольна залежність, важкі психічні розлади, що унеможливають комплаєнс (дотримання режиму прийому ліків), є протипоказаннями. Це обґрунтовано тим, що втрата трансплантата через некомплаєнс є трагедією, яку можна було б уникнути. Таких пацієнтів необхідно спрямувати на реабілітацію перед повторним розглядом питання про ТН.

6. Алгоритм передтрансплантаційного обстеження

Процес встановлення показань реалізується через суворий протокол обстеження, що включає три етапи:

6.1. Лабораторний скринінг. Окрім стандартних клінічних аналізів, ключовими є:

- **HLA-типизація** (високороздільна молекулярна типізація).
- **Скринінг на антитіла до HLA** (для оцінки сенсibilізації).
- **Вірусологічний скринінг** (CMV, EBV, HSV, Varicella) для планування превентивної противірусної терапії.

6.2. Хірургічна оцінка судинного русла. Комп'ютерна томографія (КТ-ангіографія) артерій тазу та черевної аорти є обов'язковою для пацієнтів з атеросклерозом. Це дозволяє виявити стенози

клубових артерій, кальциноз, що може унеможливити накладання судинного анастомозу. Виявлення стенозу ниркових артерій нативних нирок може вимагати стентування для лікування ренопаренхіматозної гіпертензії.

6.3. Санація вогнищ інфекції. Вогнища хронічної інфекції (карієс, хронічний тонзиліт, аднексит, простатит) мають бути сановані до операції. На фоні імунідепресії будь-який «сплячий» процес (вогнище) може стати джерелом генералізованого сепсису.

Висновки

1. Трансплантація нирки визнається оптимальним методом лікування ТХН для більшості пацієнтів, незалежно від віку та етіології захворювання. Визначення показань має відбуватися на ранніх етапах (ШКФ < 20 мл/хв) для реалізації концепції превентивної трансплантації.

2. Показання до ТН є комплексним поняттям, що включає не лише ниркову недостатність, але й оцінку загального стану пацієнта, функції серцево-судинної системи, онкологічного анамнезу та психосоціального статусу.

3. Кардіоваскулярний скринінг має бути поглибленим, особливо для груп високого ризику (діабет, вік), оскільки серцево-судинні захворювання залишаються головною причиною смерті реципієнтів.

4. Розширення критеріїв донорства (ECD) та впровадження програм десенсибілізації дозволяє надати можливість трансплантації пацієнтам, які раніше вважалися «не трансплантабельними» (літні люди, високо сенсibilізовані пацієнти).

5. Відсутність абсолютних протипоказань (активна інфекція, онкологія, декомпенсована серцева недостатність) та наявність мотивації пацієнта є підставою для включення до листа очікування. Мультидисциплінарний підхід до прийняття рішень є «золотим стандартом» сучасної трансплантації.

УДК 616.613-002:616.379-008.64]-07

КОРЕЛЯЦІЙНА ЗАЛЕЖНІСТЬ ПРОГРЕСУВАННЯ ПІЄЛОНЕФРИТУ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ В ОЦІНЦІ ВПЛИВОВИХ БІОМАРКЕРІВ

С.О. Борисов, Ф.І. Костев, О.В. Борисов, Д.В. Мартинюк

Одеський Національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Своєчасна інформативна діагностика та лікування інфекційно-запального процесу в нирках, у хворих на цукровий діабет (ЦД), лишається актуальною проблемою та вимагає подальших наукових розробок. Обговорюються питання особли-

востей стратегії при гострому пієлонефриті (ГП) та обґрунтованість застосування інформативних маркерів діагностики та перебігу ГП при ЦД.

Мета роботи — обґрунтувати роль інформативних біомаркерів в оцінці прогресування та ускладнень пієлонефриту у хворих на цукровий діабет моніторингом симптомів та синдромів, що математично моделюються з логістичною регресією відповідно лінійного програмування.

Проведено моніторинг та аналіз симптомів та синдромів ГП при ЦД, вивчена кореляційна залежність між рівнями метилглюкозаль (МГЛ) — маркером раннього гліколізу білків, β-2-мікроглобуліну (β-2-МГ) — маркера пошкодження ниркових каналців та лейкоцитарним індексом інтоксикації (ЛІ) в периферичній крові, що свідчать про пошкодження ниркових каналців, ініціацію морфофункціональних порушень, мікроциркуляторних, прозапальних та регенеративних процесів з підтвердженням апоптозу у хворих на ГП при ЦД.

Обстежено 29 соматично здорових людей, які склали контрольну групу, 35 пацієнтів, хворих на ГП, та 134 — хворі на ГП при ЦД. У плазмі крові визначали вміст МГЛ та β-2-МГ, а в периферичній крові визначали гематологічні показники та розраховували лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІ). Встановлено — у хворих на ГП рівень МГЛ в плазмі крові підвищився на 32,2% відносно контролю, а у хворих на ГП при ЦД відзначено зростання його рівня в плазмі крові на 98,7% відносно до контролю та на 50,3%, порівнюючи з даними групи хворих на ГП. Рівень β-2-МГ в плазмі крові при ГП підвищився на 115,5%, тоді як при ГП та ЦД рівень цього показника зростав на 191,5% відносно контролю, а по відношенню до хворих із ГП підвищився на 35,3%, що характеризують метаболічні та ультрасруктурні порушення. Стосовно ЛІ встановлено зростання його рівня на 124,5% в крові у хворих на ГП та на 216,3% у хворих на ГП при ЦД відносно контролю та підвищення рівня ЛІ в крові на 40,9% по відношенню до хворих з ГП. Доведено, що у пацієнтів при ГП та ЦД коефіцієнт кореляції зростав, порівняно з групою хворих на ГП: між МГЛ та β-2-МГ до $R=0,83$, між МГЛ та ЛІ до $R=0,78$ та між β-2-МГ та ЛІ до $R=0,82$). З метою обґрунтування моніторингу характеру перебігу ГП при ЦД, застосована математична модель оцінки Логістичної Регресії (ЛР) та Лінійного Програмування (ЛН) впливових біомаркерів. Розрахунок показав зміни у результатах наявності патологічного стану

із урахуванням різниці між мінімальними та максимальними значеннями вивчених біомаркерів. Слід вказати, що значення впливових біомаркерів є достовірно вищими у хворих на ГП при ЦД ніж у хворих на ГП, що підтверджує «Чутливість» моделі ЛР з пороговою величиною «0,5», що дозволяє інтерпретувати отримані дані як «позитивний» розрахунок.

$$\begin{aligned} \text{Чутливість} &= \frac{\text{Виявлено підвищення патологічного стану}}{\text{Справжнє число} + \text{Хибно негативне}} = \\ &= \frac{2}{2+0} = 1 \text{ або } 100\%. \end{aligned}$$

Оцінка «**Специфічності**» моделі ЛР виконана розрахунком ЛР для групи здорових осіб: ($D=0$): Min ($P_n=-1$) та Max ($P_n=-1 +$ Різниця у відсотках між Min та Max). Група здорових осіб: розрахунком з мінімальними показниками: B_1 Метилглюкозаль, B_2 β-2-мікроглобулін, B_3 ЛІ. Норма Min $P(D=0) = 0,047425964$, Max $P(D=0) = 0,083923178$

Ймовірність Max більша ніж Min і менше порогу 0.5. Дані результати інтерпретуються як «позитивний» розрахунок. Справжнє число підвищених значень патологічного стану 1. Результат більший за Min і нижче порога =0,5.

Хибні негативні результати: «0» (розрахунок не встановив надвисоких значень вивчених показників).

$$\begin{aligned} \text{Специфічність} &= \frac{\text{Виявлено надвисокі значення показників}}{\text{Справжнє число} + \text{Хибно негативні}} = \\ &= \frac{1}{1+0} = 1 \text{ або } 100\%. \end{aligned}$$

«**Інформативність**» — Можливість встановлювати різницю у станах і вірно класифікувати результат 100% «чутливості» та «специфічності» означає, що ЛР не лише вірно класифікує «хворих» та «здорових» осіб, а також показує відмінності в патологічному стані. Отримані результати обстеження хворих із ГП та ЦД свідчать про несприятливий перебіг патологічного стану. Запропонований метод моніторингу заложений в основу побудови організаційно-концептуальної моделі спостереження хворих на ГП при ЦД.

Висновок. Математична модель лінійного програмування з логістичною регресією дозволяє обґрунтувати ймовірність несприятливого перебігу гострого пієлонефриту при цукровому діабеті, забезпечувати моніторинг ефективності подальшої медикаментозної корекції на підставі отриманих даних щодо наявності патологічного стану.