



ОБЛАСНИЙ  
КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР  
УРОЛОГІЇ  
І НЕФРОЛОГІЇ  
ім. В.І. ШАПОВАЛА

# УРОЛОГІЯ АНДРОЛОГІЯ НЕФРОЛОГІЯ

МАТЕРІАЛИ ЮВІЛЕЙНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ

ХАРКІВ 5-6 ЖОВТНЯ

**URO 2017**

«УРОЛОГІЯ, АНДРОЛОГІЯ, НЕФРОЛОГІЯ – 2017»: Матеріали ювілейної науково-практичної конференції / Під ред. В.М.Лісового, І.М.Антоняна та ін. – Харків, 2017. - 328 с.

У збірнику всебічно висвітлені питання найбільш поширених захворювань сечовидільної та статевих системи. У тематичних розділах представлені статті та тези, присвячені найбільш актуальним проблемам онкологічної, геріатричної та педіатричної урології; представлені досягнення візуальної та лабораторної діагностики, досвід хірургів-урологів і лікарів-репродуктологів. Особливу увагу приділено актуальним проблемам нефрологи, трансплантації та діалізу.

Матеріали представляють науковий і практичний інтерес для урологів, андрологів, гінекологів, нефрологів, трансплантологів, хірургів, сексопатологів, сімейних лікарів і лікарів-інтернів.

**Редакційна колегія:** В.М. Лісовий, І.М. Антонян, Н.М.Андон'єва, Д.В.Щукін, І.А.Гарагатий, А.В.Аркатов, В.І. Савенков, Г.Г.Хареба, І.А.Туренко, Р.В.Стецишин, Т.О.Торак

Редакція не відповідає за зміст статей, які представлені авторами.

УДК 616-616.6

ISBN

## ЗМІСТ

### ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ ХАРКІВСЬКОЇ УРОЛОГІЇ

#### ИСТОРИЯ УРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА: КАК ЭТО БЫЛО...

Лесовой В.Н., Гарагатый И.А., Антонян И.М.

г. Харьков..... 18

#### К 165 -ЛЕТИЮ ПОДРЕЗА АПОЛЛИНАРИЯ ГРИГОРЬЕВИЧА

Лесовой В.Н., Гарагатый И.А., Белевцова Я.С.

г. Харьков..... 21

#### 110-ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ШУПИКА ПЛАТОНА ЛУКИЧА

Лесовой В.Н., Гарагатый И.А., Белевцова Я.С., Антонян И.М.

г. Харьков..... 22

#### О ШАПОВАЛЕ. ВОСПОМИНАНИЕ СТАРОГО ВРАЧА УРОЛОГА

Вольфовский В.Д.

г. Карлсруэ, Германия..... 23

#### К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ КЛЕПИКОВА ФЕДОРА АЛЕКСЕЕВИЧА

Россихин В.В., Антонян И.М.

г. Харьков..... 31

#### УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ВРАЧАМИ-ИНТЕРНАМИ. НАШ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ-УРОЛОГОВ

Антонян И.М., Мегера В.В., Бухмин А.В., Россихин В.В., Стецишин Р.В.,  
Щукин Д.В., Шусь А.В., Зеленский А.И., Белов В.Ю.

г. Харьков..... 32

#### НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ, ДЕТСКОЙ И ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ ХМАПО

Антонян И.М., Мегера В.В., Бухмин А.В., Россихин В.В., Стецишин Р.В.,  
Туренко И.А., Шусь А.В., Зеленский А.И., Белов В.Ю.

г. Харьков..... 33

#### ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ РОБОТИ «ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ УРОЛОГІЇ І НЕФРОЛОГІЇ ІМ. В.І. ШАПОВАЛА» ЗА 2016 Р.

Лісовий В.М., Демченко В.М., Дубінін М.С., Омеляненко Г.Л.

г. Харьков..... 34

#### ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ И ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ В ИСТОРИИ УРОЛОГИИ В 2017 ГОДУ

Россихин В.В., И.М. Антонян, Бухмин А.В., Блохина В.А.

г. Харьков..... 39

### ОНКОУРОЛОГІЯ

#### РОЛЬ МДКТ В ОЦЕНКЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ И ИНВАЗИИ В СТЕНКУ НПВ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

Алтухов А.А., Щукин Д.В., Хареба Г.Г., Бабиц М.Н., Демченко В.Н., Гарагатый А.И.,  
Товажняянская В.Д.

г. Харьков..... 43

<b>ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИСЕМІНОВАНИХ ПУХЛИННИХ КЛІТИН В КІСТКОВОМУ МОЗКУ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ</b> <i>Возіанов С.О., Сакало В.С., Жильчук Ю.В., Сакало А.В., Черниченко О.А.</i> м. Київ.....	45
<b>ТЕХНІЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З МАЛИМИ НИРКОВИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ</b> <i>Добровольський В.А., Лесняк О.М., Строй О.О., Грицина Ю.Р., Лесняк М.О., Банира О.Б.</i> м. Хмельницький, м. Львів.....	46
<b>ДІАГНОСТИКА РАННІХ ФОРМ РАКА ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ</b> <i>Довбиш М. А., Бачурін Г. В., Губарь А. О., Попович А. О., Унгурян А. Б., Довбиш І. М.</i> м. Запоріжжя.....	47
<b>ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ ВИЯВЛЕННЯ РАКУ ПРОСТАТИ У ПАЦІЄНТІВ З ЇЇ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ</b> <i>Зайцев В.І., Ілюк І.І., Марчук О.А.</i> м. Чернівці.....	49
<b>РІДКИЙ ВИПАДОК ТОТАЛЬНОГО НЕКРОЗУ ПРУТНЯ</b> <i>Зайцев В.І., Федорук О.С., Миндреску О.І., Колесніков С.Б., Ілюк І.І., Проданчук І.Г., Ключевська Я.Д.</i> м. Чернівці.....	51
<b>КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ПОВЕРХНЕВОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА ШЛЯХОМ ТУР'а ТА РАННЬОЇ ІНСТИЛЯЦІЇ ХІМІОПРЕПАРАТУ</b> <i>Зеляк М.В., Вальчишин М.П., Вальчишин А.М., , Закала І.С. , Романчук В.Р.</i> м. Івано-Франківськ.....	52
<b>ВОЗМОЖНОСТИ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> <i>Криворотько Ю.В., Мещанин Р.Г., Гарагатый И.А.</i> г. Харьков.....	54
<b>ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ САРКОПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> <i>Криворотько Ю.В., Хареба Г.Г., Щукин Д.В.</i> г. Харьков.....	55
<b>ОСОБЛИВОСТІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З РАКОМ НИРКИ T1a ПОХИЛОГО ВІКУ</b> <i>Лесняк О.М., Добровольський В.А., Строй О.О., Грицина Ю.Р., Лесняк М.О., Банира О.Б.</i> м. Хмельницький, м. Львів.....	56
<b>МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И . РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> <i>Лесовой В.Н., Хареба Г.Г., Щукин Д.В., Дубинина А.Н.</i> г. Харьков.....	57
<b>ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПСА У ПАЦІЄНТІВ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ</b> <i>Молчанов Р.М., Пілін Є.В.</i> м. Дніпро.....	59

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГЕРМІНОГЕННІ НЕСЕМІНОМНІ ПУХЛИНИ ЯЄЧКА ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ

Сакало А.В.

м. Київ..... 60

## ГЕНЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ У ХВОРИХ ІЗ РАКОМ СЕЧОВОГО МІХУРА.

Федевич В.С., Борис Ю.Б., Макух Г.В., Пасічник С.М

м. Львів..... 60

## НЕЙРОЕНДОКРИННАЯ ФЕНОТИПИЯ РПЖ – СИНОНИМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА?

Хареба Г.Г., Щукин Д.В., Товажнянская В.Д.

г. Харьков..... 63

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БИОПСИИ ПРОСТАТЫ, КОГДА РПЖ НЕ ПОДТВЕРЖДЁН

Хареба Г.Г., Щукин Д.В., Ханжсин В.В., Ващенко З.В., Гарагатый А.И.

г. Харьков..... 64

## РЕПРОДУКТИВНЕ ТА СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я

### ТЕСТИКУЛЯРНЫЙ ИМПЛАНТАТ – ЭСТЕТИЧЕСКОЕ РЕШЕНИЕ ВАЖНОЙ ПРОБЛЕМЫ

Антонян И.М., Туренко И.А., Бухмин А.В.

г. Харьков..... 66

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛЕТОК СТРОМЫ КОСТНОГО МОЗГА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Антонян И.М., Лесовой В.Н.

г. Харьков..... 67

### НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА СТАН КРОВОПОСТАЧАННЯ ЯЄЧОК У ЧОЛОВІКІВ

Баранник С.І., Панікова Т.М., Бараннік К.С.

м. Дніпро..... 70

### КАК СТАНОВЯТСЯ МУЖЧИНАМИ В РАЗНЫХ КУЛЬТУРАХ

Бухмин А.В., Россихин В.В., Суманов С.В., Мамедов Ф.С.

г. Харьков..... 71

### НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РЕКУРРЕНТНОЙ ДИЗУРИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Гарагатый И.А., Андреев С.В., Логвиненко И.В., Ольховская А.А.

г. Харьков..... 72

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТИВОРТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН

Горпинченко И.И., Гурженко Ю. М., Спиридоненко В.В.

г. Киев..... 74

### МЕТА-АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ВИКОРИСТАННЯ ПРАПАРАТУ УДЕНАФІЛ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ

Гурженко Ю.М.

м. Київ..... 76

<b>ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ФОРМЕН КОМБИ</b> <i>Гурженко Ю.Н.</i> г. Киев.....	90
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНСЕРВАТИВНЫХ И ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭЯКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ</b> <i>Книгавко А.В., Горленко А.С., Майборода О.Ф.</i> г. Харьков.....	96
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРО-ТЕСЕ ПРИ СЕКРКТОРНЫХ ФОРМАХ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ</b> <i>Лесовой В.Н., Панасовский Н.Л., Аркатов А.В., Ситникова Е.И., Феськов А.М.</i> г. Харьков.....	97
<b>ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ ОСЛОЖНЕННЫХ АЗООСПЕРМИЕЙ</b> <i>Костев Ф.И., Богацкий С.В., Шаталюк С.С. Дехтярь Ю.Н. Тучин Д.Ф.</i> г. Одесса.....	98
<b>СНИЖЕНИЕ ВЕНОЗНОЙ ГИПЕРЕМИИ ПРОСТАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА ПРИ КОМОРБИДНОМ ВАРИКОЦЕЛЕ</b> <i>Кривицкий В.А., Книгавко А.В., Аркатов А.В., Горленко А.С.</i> г. Харьков.....	104
<b>МОЖЛИВОСТІ СОНОЕЛАСТОГРАФІЇ ЯЄЧКА ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ</b> <i>Наконечний Й.А., Воробець Д.З.</i> м. Львів.....	105
<b>ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЦИКЛОВ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ МЕТОДАМИ ВРТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЭПИДИДИМАЛЬНЫХ СПЕРМАТОЗОИДОВ</b> <i>Петрушко М.П., Панасовский Н.Л., Аркатов А.В., Павлович Е.В., Юрчук Т.А. Пиняев В.И., Гапон А.А.</i> г. Харьков.....	106
<b>ФОРМИРОВАНИЕ ЖЕНСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА</b> <i>Ромащенко О.В., Билоголовская В.В., Яковенко Л.Ф.</i> г. Киев.....	108
<b>СПОСІБ НЕІНВАЗИВНОЇ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕЙРОПАТІЇ СТАТЕВОГО НЕРВА У ЧОЛОВІКІВ</b> <i>Руденко О.В., Кузнєцов Д.О.</i> м. Одеса.....	112
<b>ФАЛЛОНЕВРОРАМИДОРЗОКОАГУЛЯЦИЯ - МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ.</b> <i>Синицкий Ю.Ю.</i> г. Херсон.....	112
<b>МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕТОЧНИКОВ ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ОСЛОЖНИЛАСЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ</b>	

Сорокина И.В., Мирошниченко М.С. г. Харьков.....	115
<b>ІНДЕКС ГЕМАТОЕЯКУЛЯТОРНОЇ МІГРАЦІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ЧОЛОВІЧОГО БЕЗПЛІДДЯ</b>	
Стусь В.П., Поліон М.Ю. м. Дніпро.....	117
<b>ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ДНК-ФРАГМЕНТАЦИИ И ЗРЕЛОСТЬ СПЕРМАТОЗОИДОВ В ЦИКЛАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)</b>	
Феськов А.М., Иванова А.В., Жилкова Е.С., Сомова Е.В. г. Харьков.....	118
<b>РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЦИКЛОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ) ПРИ АЗОСПЕРМИИ</b>	
Феськов А.М., Иванова А.В., Рыжков А.В., Сомова Е.В. г. Харьков.....	119
<b>РЕКОНСТРУКТИВНА ХІРУРГІЯ В УРОЛОГІЇ І АНДРОЛОГІЇ</b>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЯЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР БУЛЬБО-МЕМБРАНОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ</b>	
Аркатов А.В., Панасовский Н.Л. г. Харьков.....	122
<b>МОДИФІКОВАНИЙ СПОСІБ ФРЕНУЛОТОМІЇ З ПЛАСТИКОЮ ПЕРЕДНЬОЇ ШКІРОЧКИ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА</b>	
Баранник С.І., Бараннік К.С. м. Дніпро.....	122
<b>ПОДОВЖЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА: НОВИЙ ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД CROSS-ПЛАСТИКИ ШКІРИ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕНІЛЬНОЮ ДИСМОРФОФОБІЄЮ</b>	
Бойко М.І. м. Київ.....	123
<b>ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПРИХОВАНОГО СТАТЕВОГО ЧЛЕНА</b>	
Бумін О.В., Туренко І.А., Россіхін В.В., Суманов С.В. м. Харків.....	124
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЁННЫМ И НЕОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ</b>	
Возианов С.А., Шамраев С.Н., Стусь В.Н., Васильева В.Д., Шамраева Д.Н. г. Киев.....	125
<b>ПОЗАДУЛОННА І ЕНДОСКОПІЧНА РАДИКАЛЬНА ПРОСТАТЕКТОМІЯ: АНАЛІЗ БЕЗПОСЕРЕДНІХ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА УСКЛАДНЕНЬ</b>	
Возіанов С.О., Шамраєв С.М., Леоненко А.М. м. Київ.....	128
<b>УСКЛАДНЕННЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ ВИСОКОГО РИЗИКУ</b>	
Головко С.В., Савицький О.Ф., Кобірніченко А.А. м. Київ.....	131

**ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ПРОГНОЗУ ОНКОЛОГІЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА КЛІНІЧНО МІСЦЕВО-РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**

Григоренко В.М., Вікарчук М.В., Данилець Р.О., Волков С.С., Чумак Н.М.

м. Київ..... 135

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНООККЛЮЗИВНОЙ ФОРМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Авдосьев Ю.В., Книгавко А.В., Казиев С.Г.

г. Харьков..... 145

**АУТО- И КСЕНОТРАНСПЛАНТАНТЫ В ПЕНИЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Товажнянская В.Д., Панасовский Н.Л.

г. Харьков..... 146

**МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОДЫ И ХИРУРГИЯ МУЖСКОГО ОБТУРАЦИОННОГО БЕСПЛОДИЯ**

Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Панасовский Н.Л., Щербаков Р.В.

г. Харьков..... 147

**ХИРУРГИЯ СУПРАДИАФРАГМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ НПВ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Лесовой В.Н., Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Хареба Г.Г., Поляков Н.Н., Мозжаков П.В.

г. Харьков..... 148

**ПОЛНОСТЬЮ ИНТРАПАРЕНХИМНЫЕ ОПУХОЛИ ПОЧЕК – РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ И ИНТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ**

Лесовой В.Н., Щукин Д.В., Поляков Н.Н., Гарагатый И.А., Антонян И.М., Хареба Г.Г.

г. Харьков..... 151

**ЛЕЧЕНИЕ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

Люлько А.А.

г. Запорожье..... 153

**ПОКАЗАНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕТРОПЕРИТЕНЕОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

Люлько А.А., Бурназ А.О., Никитюк И.Н., Варвашеня М.В., Сагань А.С.

г. Запорожье..... 153

**ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВЫРАЖЕННОМ СПАЕЧНОМ ПРОЦЕССЕ**

Люлько А.А., Бурназ А.О., Никитюк И.Н., Варвашеня М.В., Сагань А.С.

г. Запорожье..... 154

**МОЖЛИВОСТІ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ ПУХЛИН НІРКИ. КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

Пасечніков С.П., Яковлев П.Г.

м. Київ..... 154

**ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНАХ ТАЗА НА УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН**

Савенков В.И., Гарагатый А.И., Колупаев С.М.

г. Харьков..... 157



**МОДУЛЯЦІЯ СКОРОТЛИВОЇ АКТИВНОСТІ ІЗОЛЬОВАНОГО СЕГМЕНТУ  
ТОНКОГО КИШКІВНИКА IN VITRO (експериментальне дослідження)**

*Савчук Р.В., Жуковський Д.О.*

м. Одеса..... 159

**ДОПУСТИМИ МЕЖИ КОНСЕРВАТИВНО-ОЧІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ  
ЗАКРИТІЙ ТРАВМІ НИРКИ?**

*Саричев Л.П., Філоненко А.Ф., Саричев Я.В., Пустовойт Г.Л., Сухомлин С.А.,  
Супруненко С.М., Панасенко С.М., Савченко Р.Б.*

м. Полтава..... 159

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ С ПРИМЕНЕНИЕМ  
ЭЛЕКТРОУРЕТЕРОГРАФИИ**

*Серняк Ю.П., Роцин Ю.В., Слободянюк Е.Н., Ткаченко С.В., Фуксзон А.С., Мех В.А.*

г. Лиман..... 160

**ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПРИ ПУХЛИНАХ НИРКИ**

*Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Войленко О.А., Вукалович П.С., Стаховський О.Е.*

м. Київ..... 161

**ЕКОНОМІЧНИЙ АСПЕКТ ВПРОВАДЖЕННЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА  
ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК НИРКИ**

*Стаховський Е.О., Сайдакова Н.О., Вітрук Ю.В., Войленко О.А., Вукалович П.С.,  
Стаховський О.Е.*

м. Київ..... 162

**АНАЛІЗ РАДИКАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА  
РАК СЕЧОВОГО МІХУРА ЗА 5 РОКІВ**

*Стусь В.П., Краснов В.М., Поліон М.Ю., Осінній І.А., Дяговець С.А.*

м. Дніпро..... 163

**СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ОПЕРАТИВНОГО  
ЛІКУВАННЯ РАКУ ПІДКОВОПОДІБНОЇ НИРКИ**

*Ухаль М.І., Ухаль О.М., Рачок І.В., Пустовойт І.П., Лунга Ю.М.*

м. Одеса..... 164

**ПУТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОНИЖЕННОЙ МУЖСКОЙ  
ФЕРТИЛЬНОСТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-УРОЛОГА**

*Черниченко О.А., Яковлев П.Г.*

г. Ужгород, г. Киев..... 165

**ТРАНСОБТУРАТОРНЫЕ СЛИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ, ПОЗАДИЛОБКОВАЯ  
ВЕЗИКОПЕКСИЯ И ВВЕДЕНИЕ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩИХ АГЕНТОВ В  
ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН**

*Шамраев С.Н., Ридченко М.А.*

г. Киев..... 166

**МОНОПОЛЯРНАЯ ЭНУКЛЕОРЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:  
ПЕРВЫЙ ОПЫТ**

*Шамраев С.Н., Ридченко М.А.*

г. Киев..... 167

**БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ НОВОЇ МЕТОДИКИ ФОРМУВАННЯ ВУА  
ПРИ ЕНДОСКОПІЧНІЙ РАДИКАЛЬНІЙ ПРОСТАТЕКТОМІЇ**

*Шамраєв С.М., Леоненко А.М.*

м. Київ..... 168

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ БОАРИ

Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Мозжаков П.В., Демченко В.Н.,  
Гарагатый А.И., Лийченко В.А.

г. Харьков..... 171

## ЗАМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКА ТУБУЛЯРНЫМ ЛОСКУТОМ ЛОХАНКИ: ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Мозжаков П.В.,  
Демченко В.Н., Гарагатый А.И., Лийченко В.А.

г. Харьков..... 174

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНЫХ АНГИОМИОЛИПОМ

Щукин Д.В., Гарагатый И.А., Антонян И.М., Поляков Н.Н.,  
Мегера В.В., Хареба Г.Г., Демченко В.Н.

г. Харьков..... 176

## УРОЛОГИЯ И ОНКОХИРУРГИЯ: ЕСТЬ ЛИ ГРАНЬ МЕЖДУ ПАТОЛОГИЯМИ?

Яковлев П.Г., Крпельницкий В.А.

г. Киев..... 177

## АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ НЕФРОЛОГІЇ, ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ТА ДІАЛІЗУ

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ КОСТНО- МИНЕРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ПЕРИТОНИАЛЬНОМ ДИАЛИЗ

Андоньева Н. М. , Валковская Т.Л., Гуц Е. А., Дубовик М. Я.

г. Харьков..... 180

### ВЗАИМОСВЯЗЬ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И КАЛЬЦИФИКАЦИИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ

Андоньева Н. М., Валковская Т. Л., Гуц Е. А., Дубовик М. Я., Олянич С. А.

г. Харьков..... 180

### НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЕЗНЕЙ КРОВИ

Андоньева Н. М., Грушка М. А., Гуц Е. А., Дубовик М. Я., Валковская Т.Л.,  
Олянич С. А.

г. Харьков..... 184

### ДИНАМІКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ

Андон'єва Н. М., Гуц О. А., Дубовик М. Я., Олянич С. О

г. Харьков..... 187

### ПРИЧИНЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ЭРИТРОПОЭЗ-СТИМУЛИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ НЕФРОГЕННОЙ АНЕМИИ

Андоньева Н. М., Дубовик М. Я, Гуц Е. А., Валковская Т. Л., Грушка М. А.

г. Харьков..... 189

### ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

Андоньева Н. М., Дубовик М. Я., Гуц Е. А., Грушка М. А., Валковская Т. Л.

г. Харьков..... 191

**ОСОБЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

*Бирюкова И. Т., Лавриненко Г. И., Тарнакина Т. П.*

г. Харьков..... 194

**СИНДРОМ АЛЬПОРТА В ПРАКТИКЕ НЕФРОЛОГА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ**

*Котулевич Н. Я., Терещенко И. В., Олянич С. А., Валковская Т. Л., Железникова М. А.*

г. Харьков..... 195

**ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА ДИСЛІПІДЕМІЯ У ПАЦІЄНТІВ НА ГЕМОДІАЛІЗІ**

*Котулевич Н. Я., Терещенко І. В., Школенко Л. І., Місула Р. З.*

м. Харків..... 196

**ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК – ПРИЧИНЫ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ**

*Лесовой В.Н., Андоньева Н.М., Гуц Е.А., Дубовик М.Я., Олянич С.А., Валковская Т. Л.*

г. Харьков..... 199

**РОЛЬ НИРКОВОГО КОНТИНУУМА В ПРОГРЕСУВАННІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМА У ПАЦІЄНТІВ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ**

*Лісовий В. М., Андон'єва Н. М., Дубовик М. Я., Гуц О. А., Грушка М. А.*

м. Харків..... 202

**ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Лесовой В. Н., Андоньева Н. М., Дубовик М. Я., Гуц Е. А., Олянич С. А.*

г. Харьков..... 206

**НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ДОНОРОВ ПРИ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ**

*Лесовой В. Н., Андоньева Н. М., Поляков Н. Н., Олянич С. А. , Железникова М. А.*

г. Харьков..... 209

**ЧАСТОТА РОЗВИТКУ ЛАТЕНТНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У РЕЦІПІЄНТІВ НИРКОВИХ ТРАНСПЛАНТАТІВ.**

*Лісовий В. М., Железнікова М. О., Поляков М. М., Андон'єва Н. М., Валковська Т. Л., Олянич С. О.*

м. Харків..... 210

**РАЗВИТИЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Лесовой В. Н., Поляков Н. Н., Андоньева Н. М., Железникова М. А.*

г. Харьков..... 211

**ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ГЕМОДИАЛИЗЕ.**

*Махновская О.Г., Таратута Ю.А., Бронников И.В., Михайлюк Л.В.*

г. Харьков..... 212

**РОЛЬ ГИПЕРКАЛИЙЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

*Махновская О.Г., Таратута Ю.А., Бронников И.В., Михайлюк Л.В.*

г. Харьков..... 214

**ИНТРАДИАЛИЗНЫЙ МОНИТОРИГ И БЕЗОПАСНОСТЬ ГЕМОДИАЛИЗА У**

## **БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.**

*Хрипаченко И.А., Птица А.Г., Гейко А.В., Драгомерецкий М.Н., Земляной И.В., Белозёрцева О.В.*

г. Лиман, г. Краматорск..... 215

## **ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОВИХ ТА СТАТЕВИХ ОРГАНІВ**

### **ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ**

*Антонян І.М., Мегера В.В., Геглюк О.М., Шусь А.В., Мошель Ф.Г.*

м. Харків..... 219

### **ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ І ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК**

*Баранник С.І., Агафонов М.В., Сірьогін В.П.*

м. Дніпро..... 221

### **ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННО - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДИЗУРИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

*Бачурин В.И., Бачурин Г.В., Коломоец Ю.С.*

г. Запорожье..... 223

### **ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ МЕТИЛГЛИОКСАЛЯ В КРОВИ И ТКАНЯХ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И СОПУТСТВУЮЩЕГО САХАРНОГО ДИАБЕТА**

*Борисов С.А., Костев Ф.И., Борисов А.В.*

г. Одесса..... 225

### **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ЗАБРЮШИННЫХ ЦЕЛЛЮЛИТОВ**

*Дубинин Н.С.*

г. Харьков..... 227

### **РЕДКИЕ ФОРМЫ ПАРАНЕФРИТОВ**

*Лесовой В.Н., Дубинин Н.С.*

г. Харьков..... 227

### **МЕТОД ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВНОГО ПЕРЕБІГУ ГІДРОНЕФРОЗУ**

*Лісовий В.М., Савенков В.І., Сорокіна І.В., Мирошніченко М.С.*

м. Харків..... 229

### **ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ФІТОПРЕПАРАТУ НА КОРЕКЦІЮ ПОРУШЕНЬ СИСТЕМ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ПІЕЛОНЕФРИТОМ ВАГІТНИХ**

*Литвинець В.Є.*

м. Івано-Франківськ..... 230

### **ПРОЯВИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЕПІДИДИМООРХІТ**

*Литвинець Є.А., Балабанік В.Р.*

м. Івано-Франківськ..... 231

### **ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ: НОВІ МОЖЛИВОСТІ**

<i>Литвинець Є.А., Кабіру А.</i> м. Івано-Франківськ.....	233
<b>ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ПЛОДУ У ВАГІТНИХ З СЕЧОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ</b> <i>Пасієшвілі Н.М., Карпенко В.Г.</i> м. Харків.....	235
<b>ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОМ ГЕПАТИТЕ</b> <i>Попов Н.Н., Торяник И.И., Калиниченко С.В., Скляр А.И., Попова Н.Г., Брусник С.В., Мелентьева К.В., Попова Л.А.</i> г. Харьков.....	238
<b>ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН Н НА ЕТАПАХ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ОБСТРУКТИВНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ</b> <i>Россіхін В.В., Бухмін О.В., Суманов С.В. , Кривошей Г.В.</i> м. Харків.....	239
<b>ДОПЛЕРОГРАФІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЛОКАЛІЗОВАНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ</b> <i>Саричев Л.П., Саричев Я.В., Пустовойт Г.Л.</i> м. Полтава.....	240
<b>ВПЛИВ ОДНОБІЧНОГО ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ НИРОК НА ХАРАКТЕР ПРИСТОСОВНИХ СУДИННИХ РЕАКЦІЙ ЇХ ПАРЕНХІМИ</b> <i>Стусь В.П., Бараннік К.С.</i> м. Дніпро.....	241
<b>МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЭШЕРИХИОЗНЫХ ЦИСТИТОВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ</b> <i>Торяник И.И., Грищенко Н.И., Кривченко В.Н., Грищенко В.Н.</i> г. Харьков.....	243
<b>СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДЕТЕЙ С КРИПТОСПОРИДИОЗОМ, РАЗВИВШЕМСЯ НА ФОНЕ ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИИ</b> <i>Торяник И.И., Похил С.И., Тимченко Е.Н., Чигиринская Н.А., Костыря И.А., Круглова И.А., Прохоренко В.Л.</i> г. Харьков.....	243
<b>РІВЕНЬ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ В КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ</b> <i>Тріщ В.І.</i> м. Івано-Франківськ.....	244
<b>ПРОФІЛАКТИКА РЕФЛЮКС-ЗУМОВЛЕНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ДРЕНУВАННЯ НИРОК ВНУТРІШНІМИ СТЕНДАМИ</b> <i>Ухаль М.І., Ухаль О.М., Пустовойт І.П., Семанів О.М., Гогуленко О.В.</i> м. Одеса.....	246
<b>РЕНОПРОТЕКТОРНА ДІЯ ПРЕПАРАТУ РОЗТОРОПШІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ТОКСИЧНОМУ ГЕПАТИТІ</b> <i>Федорук О.С., Степан В.Т., Візнюк В.В. , Левицький А.П.</i> м. Чернівці, м. Одеса.....	247

## СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА

### КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОЛИТИАЗА: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛИТОКИНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Антонян И.М., Роцин Ю.В., Стецишин Р.В., Торак Т.А.

г. Харьков..... 249

### ПРИЧИНИ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОНКРЕМЕНТАМИ СЕЧОВОДІВ МЕТОДОМ ДИСТАНЦІЙНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ (ДУХЛ)

Возіанов С.О., Возіанов О.С., Шевчук О.О.

м. Київ..... 250

### ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОГО (ФЛЮОРОСКОПІЧНОГО ТА УЛЬТРАЗВУКОВОГО) МЕТОДУ КОНТРОЛЮ ПРИ ЧЕРЕЗШКІРНИХ НЕФРОЛІТОТОМІЯХ

Возіанов С.О., Возіанов О.С., Мазурець В.О.

м. Київ..... 252

### ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МІНІЧЕРЕЗШКІРНОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ У ЛІКУВАННІ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Журавчак А.З., Мельничук М.П., Дячук М.Д., Журавчак Р.А., Шейко М.С.

м. Київ..... 253

### ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Колупаев С.М., Емец Д.А., Гарагатый А.И.

г. Харьков..... 254

### ЛАПАРОСКОПИЯ АБО ПЕРКУТАННА НЕФРОЛІТОТРИПСІЯ ПРИ КАМІНЦЯХ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ ВЕХНЬОЇ ТРЕТИНИ СЕЧОВОДУ (ЗА ТА ПРОТИ)

Кудрявцев Ю.М.

м. Суми..... 255

### ВАРИАНТЫ РЕТРОГРАДНОЙ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ КАМНЕЙ ПОЧЕК

Любчак А.М., Гребенюк Р.П., Любчак М.А.

г. Одесса..... 257

### ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РЕНАЛЬНЫХ РЕФЛЮКСОВ

Любчак А.М., Любчак М.А., Гребенюк Р.П.

г. Одесса..... 260

### ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Мальцев А.В., Дубинина А.Н.

г. Харьков..... 262

### ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ НЕФРОЛІТІАЗУ ЄДИНОЇ НИРКИ

Монастирський В. М.

м. Вінниця..... 267

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭУВЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКОРАЛЛОВИДНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК

<i>Роштин Ю.В., Антонян И.М., Мех В.А., Ткаченко С.В., Слободянюк Е.Н.</i> г. Харьков, г. Лиман.....	269
<b>КРИТЕРИИ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКА СТЕНТОМ ПОСЛЕ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ УРЕТЕРОЛИТОТОМИИ (РПСУ)</b> <i>Роштин Ю.В., Фуксзон А.С., Комиссаренко И.М., Форостина С.П.</i> г. Краматорск, г.Лиман.....	274
<b>МІКРОПЕРКУТАННА ЛАЗЕРНА НЕФРОЛІТОТРИПСІЯ ТА ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА УДАРНО-ХВИЛЬОВА ЛІТОТРИПСІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕФРОЛІТІАЗ</b> <i>Савенков В.І., Гарагатий І.А., Емець Д.О., Левченко Д.А.</i> м. Харків.....	279
<b>КОМБІНОВАНЕ ВИКОРИСТАННЯ ОДНОГО СТАНДАРТНОГО ТА МНОЖИННИХ УЛЬТРА-МІНІПЕРКУТАННИХ ДОСТУПІВ У ХВОРИХ НА КОРАЛОПОДІБНИЙ НЕФРОЛІТІАЗ</b> <i>Савенков В.І., Мальцев А.В., Емець Д.О., Левченко Д.А.</i> м. Харків.....	281
<b>ИННОВАЦИИ В БЕЗДРЕНАЖНОЙ ХИРУРГИИ НЕФРОЛИТИАЗА.</b> <i>Сагалевиц А.И., Возианов С.А., Сергейчук Р.В., Когут В.В., Джурян Б.В., Гайсенюк Ф.З.</i> г. Киев.....	283
<b>ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАЗЕРНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКА</b> <i>Стецишин Р.В.</i> г. Харьков.....	284
<b>БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ УСКЛАДНЕНОЇ ВТОРИННИМ ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ, ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ МЕТОДОМ ДИСТАНЦІЙНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ЛІТОТРИПСІЇ В КОМПЛЕКСІ З ОЗОНОТЕРАПІЄЮ НА РІВНІ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ</b> <i>Федорук О.С., Візнюк В.В., Степан В.Т., Владиченко К.А.</i> м. Чернівці.....	288
<b>ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОЛИТОТОМИЯ: РАННИЕ И ПОЗДНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ</b> <i>Шамраев С.Н., Черноус В.А., Шамраева Д.Н.</i> г. Лиман, м. Киев.....	289

## СИМПТОМИ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

<b>ГИПЕРАКТИВНОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ – СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ</b> <i>Антонян И.М., Туренко И.А., Бухмин А.В.</i> г. Харьков.....	292
<b>СОПУТСТВУЮЩИЕ УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ЭНУРЕЗЕ У ДЕТЕЙ</b> <i>Бухмин А.В., Туренко И.А., Россихин В.В., Кривошей А.В., Суманов С.В., Михайлова Э.А., Матковская Т.Н.</i> г. Харьков.....	294

## КЛАСИФІКАЦІЯ СТРЕСОВОГО НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК

Горовий В.І., Капишук О.М., Яцина О.І., Трифонюк Л.Ю., Горовий О.В.

м. Вінниця..... 295

## ГЕНІТАЛЬНИЙ ДИРОФІЛЯРІОЗ

Горовий В.І., Капишук О.М., Кобзін О.Л., Балацький О.Р., Горовий О.В.

м. Вінниця..... 298

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ІДІОПАТИЧНОГО ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА З НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ

Дехтяр Ю. М., Костєв Ф. І.

м. Одеса..... 300

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ СЕЧОВИПУСКАННЯ У ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ДГПЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОПЕРЕДНЬОГО ЛІКУВАННЯ АЛЬФА1-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

Ємець Д.О.

м. Харків..... 302

## ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА У ЧОЛОВІКІВ

Зайцев В.І., Федорук О.С., Ілюк І.І., Владиченко К.А., Степан В.Т.

м. Чернівці..... 303

## ЕПІГЕНЕТИЧНА СТРУКТУРА ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Костєв Ф.І., Бахчієв Р.В., Красилуок Л.І., Кульбіда М.П., Літовкін К.В.

м. Одеса..... 305

## СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

Фуксзон А. С., Литвинов А.И., Серняк П. Ю.

г. Киев..... 306

## ПОЗА МЕЖАМИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ...

### История медицины, Харькова и нравов

### ХАРЬКОВСКИЙ «КОМИТЕТ ЗДОРОВЬЯ» - БОРЕЦ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПРОСТИТУЦИЕЙ

Россихин В.В.

г. Харьков..... 310

### История медицины и нравов

### ПУБЛИЧНЫЙ ДОМ В ЦАРСКОЙ РОССИИ...

(составлено на основе лекционных записей проф. И.И. Маклецова и проф. Ф.В. Клепикова -«Бордели в царской России. О правилах, порядках и «аттракционах»)

Россихин В.В., Бухмин А.В., Блохина В.А.

г. Харьков..... 314

### «СЛАДКАЯ СМЕРТЬ» (Обзор по теме «Смерть, сопряженная с сексом»)

Россихин В.В., Яковенко М.Г.

г. Харьков..... 321



# **ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ ХАРКІВСЬКОЇ УРОЛОГІЇ**

Всем пациентам с азооспермией мы выполняем кариотипирование, оценку локуса AZF, выявление гетерозиготного носительства гена муковисцидоза – прогностические факторы азооспермии

В регуляции сперматогенеза участвуют более 2000 генов. Из них только 30 находятся в Y хромосоме, остальные в аутосомах. В общей популяции уровень хромосомных нарушений невелик и составляет 0,3-0,6%, однако среди пациентов с нарушением фертильности доля лиц с хромосомными аномалиями возрастает до 7-10%, а распространенность среди пациентов с азооспермией достигает 20%.

У мужчин с нарушением сперматогенеза, численные и структурные аномалии хромосом (транслокации) встречаются в 30 раз чаще, чем в популяции. Частота хромосомных нарушений у мужчин с необструктивной азооспермией составляет 10-15%, с олигозооспермией 4-7%.

Наиболее частой количественной хромосомной патологией при азооспермии (в 10% случаев) является синдром Клайнфельтера – кариотип - 47,XXY.

К лабораторным прогностическим факторам относились уровень тестостерона, ФСГ, ЛГ, пролактин, ингибин В. Проводили УЗИ с доплерометрией – оценивали размер, структуру яичек, состояние придатков и наличие варикоцеле.

Результаты лечения пациентов (n=48) с гипогонадотропным гипогонадизмом и азооспермией показали:

- У 80% больных, которые получали комбинацию рекомбинантного человеческого ФСГ (Гонал-Ф) с ХГЧ, появились сперматозоиды в эякуляте >1,5млн. \ мл после 18мес.терапии
- У 27,5% пациентов повышение концентрации сперматозоидов достигло 20млн.\мл.
- Было достигнуто 8 клинических беременностей
- В успешной группе пациентов объем яичек был достоверно больше (9 мл) чем, у тех кто потерпел неудачу(5,7мл).

За период 2013-2017г. 25 мужчинам с НОА была выполнена микро-TESE. В зависимости от уровня ФСГ пациенты были разделены на 3-группы. Средний возраст составил 37лет.

Положительным результатом считалось обнаружение сперматозоидов пригодных к ИКСИ:

1. Синдром клеток Сертоли (ФСГ-21,3 Ме/л)-12,85%
2. Блок сперматогенеза (ФСГ-16,18 Ме/л)-26,6%
3. Гипосперматогенез (ФСГ-14,18 Ме/л)-75,86%

При сравнении групп у пациентов с уровнем ФСГ меньше 15 IU/ml эффективность TESE была достоверно выше чем у остальных.

На основании полученных результатов и анализа литературных данных микро-TESE является наиболее эффективным и безопасным методом получения сперматозоидов из ткани яичка у пациентов с необструктивной азооспермией.

В качестве стартового метода биопсии микро-TESE можно рекомендовать пациентам необструктивной азооспермией старше 35 лет, суммарным объемом яичка <10мл, уровнем ингибина < 50пг/мл, и уровнем ФСГ >20 МЕ/л.

## **ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ ОСЛОЖНЕННЫХ АЗОСПЕРМИЕЙ**

*Костев Ф.И., Богацкий С.В., Шаталюк С.С. Дехтярь Ю.Н. Тучин Д.Ф.*

*Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса*

Мужского бесплодие, которое развивается вследствие ряда заболеваний или суммарных патологических воздействий на репродуктивную систему мужчин, является весьма актуальным в настоящее время во всем мире. Его патогенез, структура, диагностика продолжают оставаться предметом многих дискуссий [1,2]. Статистика ВОЗ из года в год предоставляет неутешительную информацию о том, что в 45% случаев бесплодных пар «виновником» является мужчина, а в 40% - женщина, оставшиеся случаи связаны с несовместимостью партнеров [3].

К сожалению, в большинстве наблюдений применение эндокринологических и генетических методов исследований не позволяет достоверно дифференцировать причину отсутствия сперматозоидов в эякуляте — нарушение сперматогенеза или нарушение проходимости

семявыводящих путей. Многообразие факторов, приводящих к мужскому бесплодию, возможность их сочетания затрудняют выбор необходимых методов диагностики и лечения.

Восстановление репродуктивной функции растягивается во времени и негативно отражается на эффективности лечения [4,5,7,13].

К наиболее тяжелым причинам мужского бесплодия относится азооспермия, проявляющаяся отсутствием сперматозоидов в эякуляте. По данным разных авторов это состояние может быть выявлено у 10% бесплодных пациентов.

Следует дифференцировать обструктивную азооспермию, когда сперматозоиды из яичка и придатка не попадают в сперму вследствие обструкции семявыносящих путей и необструктивную, когда сперматозоиды не вырабатываются или не созревают должным образом. Обструктивная азооспермия обычно развивается на фоне хронических воспалительных заболеваний, вызывающих облитерацию просвета семявыносящих путей, в редких случаях - в результате врожденной аномалии семявыносящих путей и ятрогении. Причинами необструктивной азооспермии могут быть гормональные нарушения, варикоцеле, лучевое воздействие, опухолевые процессы в яичках, влияние химиотерапии и др.

Остановка развития герменативных клеток также может быть вызвана генетическими факторами, такими как трисомия, аутосомные аномалии (транслокации, инверсии) или делеции в Y-хромосоме (Yq11) [13]. Дифференцировать эти патологические процессы может помочь только проведение морфологического исследования биоптата яичка, позволяющее определить патологию и уровень повреждения сперматогенеза [4,5].

Анализ гистологических препаратов включает в себя оценку гистологических изменений в каждом, отдельно взятом семенном канальце путем отдельного подсчета количества имеющихся клеток (сперматогоний, сперматоцитов, округлых и вытянутых сперматид, клеток Сертоли), состояния собственной пластинки (базальной мембраны) состояния и состава интерстициальной ткани. При выявлении в семенном канальце половых клеток следует определить стадию сперматогенеза.

Термином «сперматогенез» обозначают период развития мужских гамет в эпителии семенных канальцев из диплоидных сперматогоний, имеющих контакт с базальной мембраной, до высвобождения дифференцированных гаплоидных половых клеток в просвет семенных канальцев. Данный процесс включает пролиферацию и дифференцировку сперматогониев, мейотическое деление первичных и вторичных сперматоцитов и трансформацию гаплоидных ранних округлых сперматид в сперматозоиды. Последний этап называется «спермиогенез». Высвобождение вытянутых (зрелых) сперматид в просвет семенных канальцев обозначается термином «спермиация».

При этом гаплоидные клетки в эпителии семенных канальцев называются «сперматидами», а гаплоидные мужские гаметы после спермиации — «сперматозоидами».

Большинство исследователей выделяют 6 стадий сперматогенеза, представляющих собой несколько одновременно развивающихся волн сперматогенеза в эпителии семенных канальцев. Стадия I характеризуется наличием ранних округлых сперматид с акросомальным (апикальным) пузырьком после второго мейотического деления. На этой стадии выявляются сперматогонии типа А и В, сперматоциты 1-го порядка на стадии пахитены, округлые и вытянутые сперматиды. Стадия II представлена сперматогониями типа А и В сперматоцитами 1-го порядка на стадии пахитены, округлыми и вытянутыми сперматидами, а также резидуальными тельцами, образовавшимися в клетках Сертоли из разрушенных сперматид. Стадия III характеризуется началом конденсации ядер сперматид и вступлением сперматогоний типа В в мейоз (фаза прелептотена). На стадиях IV и V отмечаются дальнейшая конденсация ядер сперматид и первичные сперматоциты на стадии пахитены. Выявление сперматоцитов 1-го порядка в фазу лептотены свидетельствует о стадии IV, а в фазу зиготены — стадии V. После стадии V первичные сперматоциты в фазу пахитены подвергаются диакнезу (последний этап профазы мейоза) и вступают в первое мейотическое деление. Стадия VI характеризуется наличием сперматоцитов 2-го порядка. Эти сперматоциты подвергаются второму мейотическому делению после короткой (около 6 ч) интерфазы, вследствие чего стадия VI обнаруживается крайне редко [6,13,14,18].

Если в большинстве семенных канальцев определяются практически все стадии сперматогенеза, то такая гетерогенная картина расценивается как «нормальный сперматогенез», как в качественном, так и в количественном аспекте. Так, если в семенных канальцах уменьшено число вытянутых сперматид или наблюдается неполный клеточный состав, то речь идет о «гипосперматогенезе» [8].

Важним етапом мікроскопічного вивчення біоптата яичка є, на наш погляд, кількісна оцінка ступеня порушень сперматогенезу. Вперше така бальна система для оцінки якості сперматогенезу була запропонована в 1970 р. S. Johansen [8], пізніше вона була модифікована D. De Kretser і A. Holstein [9]. Згідно останньої, на гістологічних препаратах повинен бути оцінений кожен сім'яний каналець. Така система найбільш значима для пацієнтів з олігоастенозооспермією, оскільки існує сильна залежність між бальною оцінкою сперматогенезу при гістологічному дослідженні і кількістю виявлених сперматозоїдів.

**Цель исследования:** Визначити морфологічні порушення сперматогенезу в біоптатах яичка у чоловіків з гіпергонадотропним гіпогонадизмом, ускладненим азооспермією.

**Матеріали і методи.** На базі кафедри урології і нефрології ОНМедУ г. Одеси проведено морфологічне дослідження 24 біоптатів яичка, отриманих у чоловіків 26-40 років, хворих гіпергонадотропним гіпогонадизмом, азооспермією. Зразки тканини яичка розміром 0,25-0,4 см фіксували 10% забуференим формаліном, заливали в парафін і виготовляли срези товщиною 5 мкм з наступною обзорною окраскою гематоксилином і еозином, гістохімічною окраскою для візуалізації з'єднаної тканини з використанням пікринової кислоти і кислого фуксину (Ван Гизон) за стандартною методикою. В результаті гістохімічної реакції колагенові волокна фарбувалися в червоний колір. Підрахунок клітин здійснювали за допомогою програм статистичних методів дослідження, так же визначали рівень статистичних гормонів.

**Результати досліджень і їх обговорення.** З метою вивчення оцінки морфофункціонального стану тканини яичка використовували систему гістологічного рахунку, описану S.G. Johansen і модифіковану De Kretser and Holstein, згідно рекомендацій Європейського урологічного товариства. Для вивчення андрогенної функції яичка у 24 пацієнтів з первинним гіпогонадизмом проведено оцінку гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи, що включає дослідження вмісту тестостерону (Т), ФСГ, ЛГ, пролактину (ПРЛ) і естрадіолу (Е). В процесі обстеження нами відмічено, що практично у всіх обстежених нами пацієнтів були порушення рівня статистичних гормонів.

Середній вік хворих становив  $(33,64 \pm 0,48)$  років. Рівень Т крові коливався від 1,3 до 9,9 нмоль/л (в середньому становив  $4,5 \pm 1,3$  нмоль/л), рівень ЛГ визначався від 2,1 до 14,1 МО/л (в середньому  $13,4 \pm 5,3$ ) МО/л). Рівень ФСГ коливався від 4,4 до 45,3 МО/л (в середньому становив  $37,43 \pm 11,32$ ) МО/л). Рівень ПРЛ крові становив від 107,3 до 338,1 МО/л (в середньому  $266,1 \pm 67,4$ ) МО/л). Рівень Е крові становив від 37,2 до 101,7 пг/мл (в середньому  $64,21 \pm 23,13$  пг/мл).

Нормальний сперматогенез, що відповідав 100% згідно шкали D. De Kretser і A. Holstein, класифікований за наявністю сім'яних каналців, які мають тонку базальну мембрану і послідовно розташований сперматогенний епітелій. На внутрішній стороні базальної мембрани розташовані сперматогонії, сперматоцити першого і другого порядків, єдиничні клітини Сертолі, групи сперматид і зрілих сперматозоїдів. Серед 24 обстежених, нормальний сперматогенез нами не виявлено. Наряду з цим аналіз різноманітностей статистичних клітин в сім'яних каналцях дозволяє виділити ряд варіантів порушення сперматогенезу.

Серед вивченого нами матеріалу гіпосперматогенез був діагностований в 6 (25%) біоптатах. З них в 2 (8,3%) біоптатах каналці сперматогенного епітелію частково десквамовані і розташовані хаотично. Існує місце очагова гіперплазія клітин Лейдига, локалізованих в міжканалцевої зоні. Процентна частота сім'яних каналців згідно шкали D. De Kretser і A. Holstein, нами оцінена в 87%. (табл.1).

Ослаблений сперматогенез спостерігали в 4 (16,6%) випадках, частота сім'яних каналців, що містять витягнуті сперматиди становила від 65 до 70%. При цьому клітинний склад зародкових клітин зменшений на всіх стадіях розвитку сперматогенезу. В стромі відзначається очаговий фіброз і лімфогістіоцитарна інфільтрація. Така морфологічна картина спостерігається при обструктивній азооспермії (рис. 1,2.).

Тканина яичка з нормальним кількістю клітин Сертолі. В частині каналців клітинний проліферат представлений звичайним кількістю сперматогонієв, сперматоцитів першого і другого порядку і зменшеним кількістю ранніх сперматид, частину з яких з помірно вираженим поліморфізмом і фігурами митозів, а також їх десквамацією в просвіт каналця. В каналцях ознаки гіпосперматогенезу.

В 75% випадків виявляли необструктивну азооспермію, пов'язану з порушенням сперматогенезу на певній стадії розвитку сперматогенезу.

Таблиця 1

**Количественная оценка степени нарушения сперматогенеза  
по шкале D. De Kretser и A. Holstein**

Доля семенных канальцев, содержащих вытянутые сперматиды, (%)	n	(%) биоптатов
100-90		
80-90	2	8,3
70-80		
60-70	4	16,6
50-60	7	29,4
40-50	5	20,8
30-40	2	8,3
20-30	3	12,5
10-20		
1-10	1	4,1
всего	24	100%

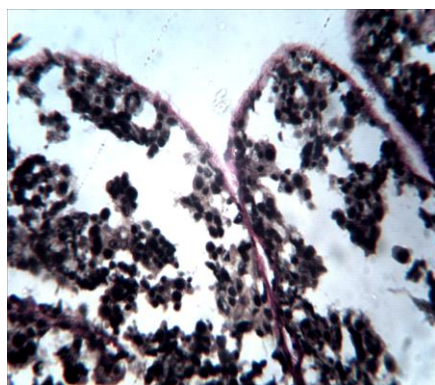


Рис.1. Ткань паренхимы яичка.  
Обструктивная азооспермия.  
Окр. по Ван Гизон ×400

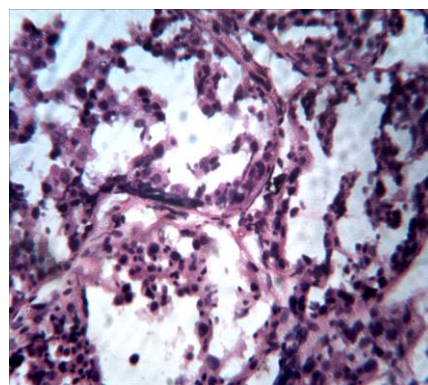


Рис.2. Ткань паренхимы яичка.  
Обструктивная азооспермия.  
Окр. Гематоксилин-эозин ×400

Из них у 7 (29,4%) биоптатов наблюдали блокаду развития зародышевых клеток на уровне сперматид, (рис.3,4).

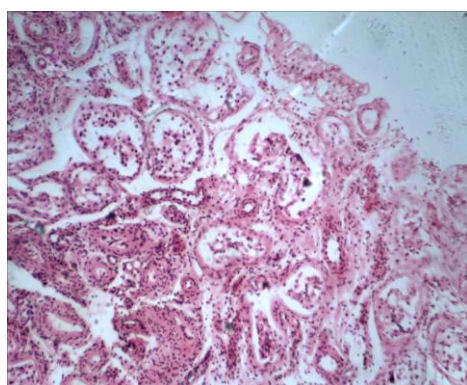


Рис.3. Ткань паренхимы яичка.  
Необструктивная азооспермия. Блокада  
зародышевых клеток на уровне сперматид.  
Окр. Ван Гизон ×200

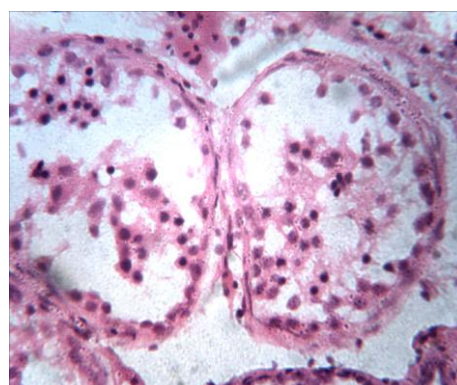


Рис.4. Ткань паренхимы яичка.  
Необструктивная азооспермия. Блокада  
зародышевых клеток на уровне сперматид.  
Окр. Ван Гизон ×400



Согласно шкале D. De Kretser и A. Holstein, доля семенных канальцев, содержащих вытянутые сперматиды, оценивалась от 57% до 60%. В 5 (20,8%) случаях обнаруживали необструктивную азооспермию, связанную с блокадой развития зародышевых клеток на уровне сперматоцитов, согласно шкале D. De Kretser и A. Holstein, нами оценена от 40 до 50%. (рис.5,6).

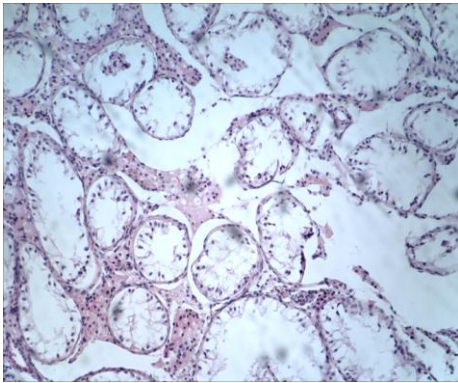


Рис.5. Ткань паренхимы яичка.  
Необструктивная азооспермия.  
Блокада зародышевых клеток  
на уровне сперматоцитов.  
Окр. Ван Гизон ×200

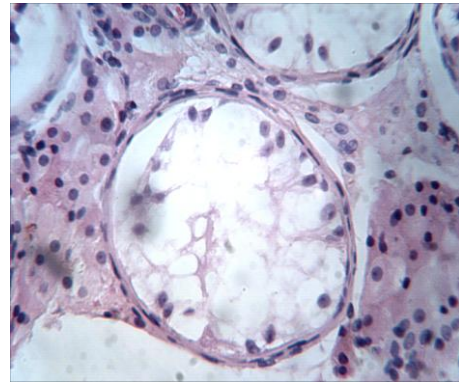


Рис.6. Ткань паренхимы яичка.  
Необструктивная азооспермия.  
Блокада зародышевых клеток  
на уровне сперматоцитов.  
Окр. Ван Гизон ×400

Ткань яичка представлена с некоторым уменьшением количества клеток Сертоли. Уменьшение количества сперматоцитов первого и второго порядка. Ранние и поздние сперматоциты отсутствуют. Уменьшение количества сперматогониев. Склероз стенок семенных канальцев, очагово, до сужения их просвета с отсутствием признаков сперматогенеза. Слабо выраженный артериосклероз.

В 2(8,3%) случаях обнаруживали необструктивную азооспермию, связанную с блокадой развития зародышевых клеток на уровне сперматогониев. По критериям гистологического счета согласно модифицированной шкале D. De Kretser и A. Holstein, оценивается нами от 30% до 35%. (рис.7,8).

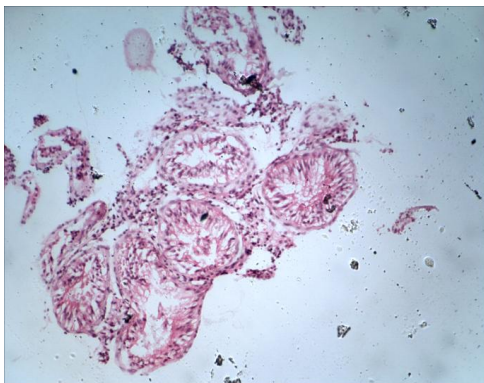


Рис.7. Ткань паренхимы яичка.  
Необструктивная азооспермия.  
Блокада зародышевых клеток на уровне  
сперматогониев. Окр. Ван Гизон ×200

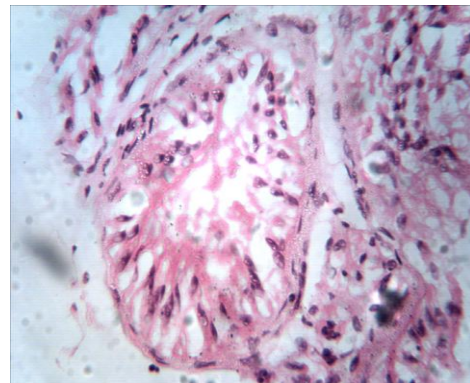


Рис.8. Ткань паренхимы яичка.  
Необструктивная азооспермия. Блокада  
зародышевых клеток на уровне сперматогониев.  
Окр. Ван Гизон ×400

Гистологически, диаметр семенных канальцев уменьшен, зародышевые клетки отсутствуют. В некоторых семенных канальцах сохранялось некоторое количество зародышевых клеток. Базальные мембраны таких канальцев несколько утолщены. В интерстиции – гиперплазия клеток Лейдига. Просвет семенных канальцев уменьшен, зародышевые клетки отсутствуют. Склероз и фиброз стенок семенных канальцев, очагово, до сужения их просвета с отсутствием признаков сперматогенеза. Склероз и очаговый фиброз интерстициальной ткани с лимфоидной инфильтрацией. Артериосклероз.

Полный Сертоли-клеточный синдром отмечался в 3 (12,5%) случаях, согласно шкале D. De Kretser и A. Holstein, нами оценен от 25% до 20% и менее, т.е. присутствие только клеток Сертоли в

канальцах, что явилось основанием для постановки диагноза «синдром наличия только клеток Сертоли». (рис. 9,10)

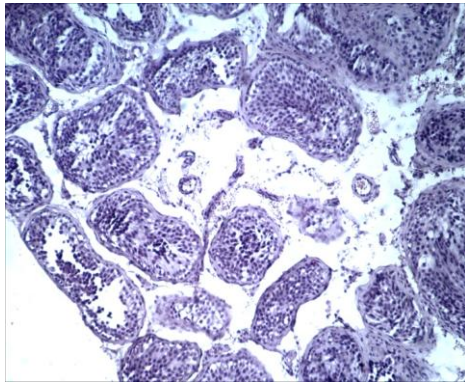


Рис.9. Ткань паренхимы яичка.  
Необструктивная азооспермия.  
Синдром наличия клеток Сертоли.  
Окр. Ван Гизон  $\times 200$

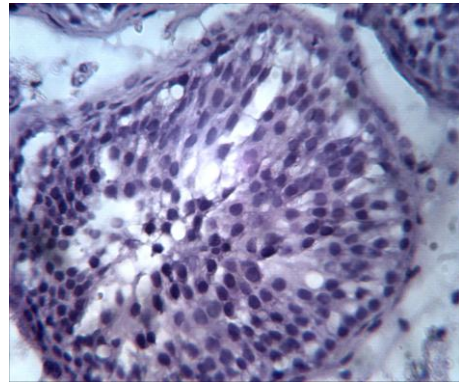


Рис.10. Ткань паренхимы яичка.  
Необструктивная азооспермия.  
Синдром наличия клеток Сертоли. Окр. Ван Гизон  $\times 400$

Ткань яичка, семенные каналцы которой выстланы только клетками Сертоли. Обнаруживаются умеренное уменьшение размеров извитых каналцев семенников. Канальцевый пролиферат состоит из единичных сперматогониев и сперматоцитов первого порядка. Сперматоциты второго порядка, ранние и поздние сперматиды отсутствуют. Слабо выраженный фиброз интерстиция, собственной оболочки семенного каналца.

Подобные наблюдения представляют особую сложность при планируемой аспирации сперматозоидов из яичка и интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов.

Выраженная атрофия, фиброз и гиалиноз семенных каналцев, определялись только в 1 биоптате (4,1%), доля семенных каналцев, содержащих вытянутые сперматиды согласно шкале D. De Kretser и A. Holstein ниже 10%. (рис.11,12).

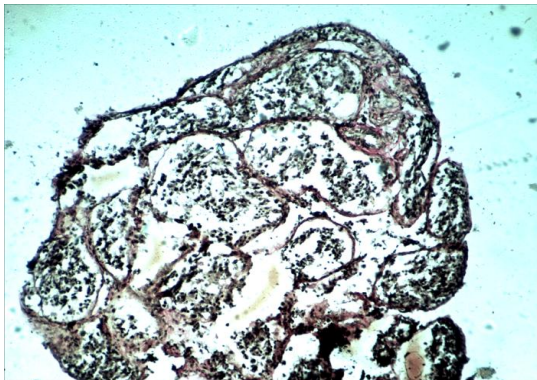


Рис.11. Ткань паренхимы яичка.  
Необструктивная азооспермия. Фиброз семенных каналцев. Окрашивание по Ван – Гизон  $\times 200$

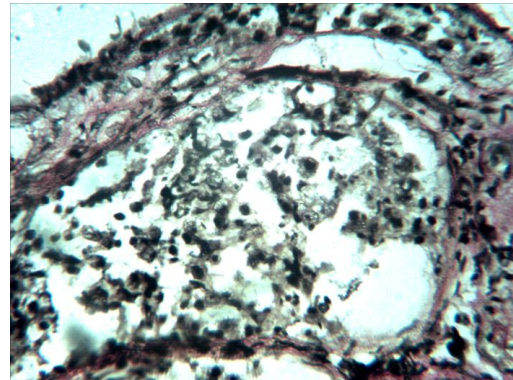


Рис.12. Ткань паренхимы яичка.  
Необструктивная азооспермия. Фиброз семенных каналцев. Окрашивание Гематоксилин - эозин  $\times 400$

При гистологическом исследовании каналцы резко уменьшены в диаметре, базальная мембрана утолщена. В просвете каналцев зародышевые клетки отсутствуют или обнаруживаются единичные дегенеративные клетки Сертоли. В строме - фиброз и лимфогистиоцитарная инфильтрация с уменьшенным содержанием клеток Лейдига.

Таким образом, анализ полученных нами результатов выявил, что преобладающим фактором бесплодия является необструктивная форма азооспермии, при котором нарушение созревания сперматозоидов определяется на различных стадиях развития зародышевых клеток от сперматогоний

до сперматид, що свідчить про збільшенні ролі як генетических факторів необструктивної азооспермії, так і екзогенних впливів на сперматогенез.

Благоприятний прогноз мають чоловіки з збереженим сперматогенезом, характерним для обструктивної азооспермії. Незважаючи на те, що сперматозоїди в сім'яній рідині не визначаються, сперматогенез у таких хворих може зберігатися впродовж тривалого часу завдяки компенсаторним механізмам, що дає можливість проведення екстракції сперматозоїдів з наступним ефективним проведенням ВРТ.

Ураховуючи наукові повідомлення і результати проведення нами гістологічних досліджень можна вважати, що проведення біопсії яєчка є цілорозумним не тільки в плані діагностики стану сперматогенезу, але і оцінки перспективи проведеного лікування в тому числі і по програмі ЕКО-ІКСІ пацієнтів з необструктивними формами безпліддя.

**Висновки.** Морфологічні дослідження тканини яєчка з особливостями гормонального метаболізму дозволяють встановити ступінь порушення сперматогенезу, вичлунити можливості репродуктивної функції і цілорозумності етіопатогенетического лікування. У хворих азооспермією мають порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарно - гонадної системи, що обумовлено первинною тестикулярною недостатковістю. Наявність очагового і тотального Сертолі-клітинного синдрому визначається роллю генетического фактора. Благоприятним при азооспермії є встановлений морфологічний гіпосперматогенез, характерний для обструктивної азооспермії, що згідно шкали D. De Kretser і A. Holstein, нами оцінений в 87%.

#### **Література:**

1. Горпинченко І.І. Мужской гипогонадизм: клиника и лечение // Здоровье мужчины. – 2005. – №1. – С. 7 – 9.
2. Горпинченко І.І., Имшинская Л.П. Ложный крипторхизм – фактор мужского бесплодия. В: Социальные и клинические проблемы сексологии и сексopatологии: Материалы конференции М., 2003: 47.
3. Бойко Н.І., Борисенко Ю.А., Быстров А.А., и др. Сексология и андрология. - К.: Абрис.- 1997.- 870с
4. Имшинская Л. П., Юнда И. Ф., Горпинченко І. І., Романенко А. М.
5. Клинические проблемы сексологии и сексopatологии: Материалы конференции М., 2005: с. 152-157.
6. Горбов В. Г. Клинико-морфологические аспекты аспермии // Урология и нефрология. — 1991. — № 4. — С. 58-62.
7. Гаспаров А.С. Репродуктивное здоровье. Бесплодие как медико-социальная проблема /А.С. Гаспаров, Т.А.Назаренко //Практическое руководство. – М., 2000. – 56 с.
8. Altay B. The effects of female age on the outcome of testicular sperm extraction and intracytoplasmic sperm injection in infertile patients with azoospermia / B. Altay et al. // Int. Urol. Nephrol. – 2002. – No 33(1). – P. 95-99.
9. Thomas J.O. Histological pattern of testicular biopsies in infertile males in Ibadan, Nigeria / J.O. Thomas // East African Medical Journal – 1990. – No 67. – P. 578-584.
10. Schoor R.A. The role of testicular biopsy in the modern management of male infertility / R.A. Schoor, S. Elhanbly et al. // J. urol. – 2002. – Vol. 167. – No1. – P. 197-200.
11. Clermont Y. The cycle of the seminiferous epithelium in man. Am. J. Anat. 1963; 112: 35—51.
12. Bergmann M., Kliesch S. Hodenbiopsie. In: Krause W., Weidner W., eds. Andrologie. Stuttgart: Enke Verlag; 1998: 66—71.
13. Johnson L., Chaturvedi P.K., Williams J.D. Missing generations of spermatocytes and spermatids in seminiferous epithelium contribute to low efficiency of spermatogenesis in humans. Biol. Reprod. 1992; 47: 1091—8.
14. Holstein A.F., Schirren C., Roosen-Runge E.C. Illustrated pathology of human spermatogenesis. Berlin: Grosse Verlag; 1988.
15. Amer M., Zohdy W., El Naser T.A. et al. Single tubule biopsy: A new objective microsurgical advancement for testicular sperm retrieval in patients with nonobstructive azoospermia. Fertil. Steril. 2008 (89): 592—6.
16. McLachlan R.I., Rajpert-De Meyts E., Hoi-Hansen C.E. et al. Histological evaluation of the testis — approaches to optimizing the clinical value of the assessment: mini review. Hum. Reprod. 2007; 22: 2—16.
17. Diekmann K.P., Kulejewski M., Pichlmeier U., Loy V. Diagnosis of contralateral testicular intraepithelial neoplasia (TIN) in patients with testicular germ cell cancer: Systematic two-site biopsies are more sensitive than a single random biopsy. Eur. Urol. 2007; 51: 175—83.
18. Van Casteren N.J., Boellaard W.P.A., Dohle G.R. et al. Heterogeneous distribution of ITGCNU in an adult testis: consequences for biopsy-based diagnosis. Int. J. Surg. Pathol. 2008; 16: 21—4.
19. Nieschlag E., Behre H.M., Nieschlag S. Andrology. Male reproductive health and dysfunction. 3rd ed. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag; 2010.

## **СНИЖЕНИЕ ВЕНОЗНОЙ ГИПЕРЕМИИ ПРОСТАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА ПРИ КОМОРБИДНОМ ВАРИКОЦЕЛЕ**

*Кривицкий В.А.<sup>1</sup>, Книгавко А.В.<sup>2</sup>, Аркатов А.В.<sup>1,2</sup>, Горленко А.С.<sup>1</sup>*

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала», г. Харьков  
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков,

В статье рассмотрена взаимосвязь венозной гиперемии простаты как ко-фактора развития хронического простатита и варикоцеле. При варикоцеле, особенно с диагностикой как рено- так и илеотестикулярного венозного рефлюкса, единственным постоянно функционирующим путем оттока венозной крови от яєчка является вена семенного протока, по которой кровь попадает в парапростатическое венозное сплетение. В результате возникает венозная гиперемия простаты, что является одним из факторов развития хронического воспаления в предстательной железе. Расположение предстательной железы в области малого таза, связь ее венозных сплетений (plexus vesicoprostaticus), а также лимфатических сосудов с венозными сплетениями (plexus haemorrhoidalis) и лимфатическими сосудами прямой кишки приводят к тому, что в простате