

# АНОТАЦІЇ

*дисертаційних робіт, які в 2010 році були захищені в спеціалізованій вченій раді Д 26.615.01 для захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора (кандидата) медичних наук в Державній установі «Інститут урології АМНУ України»*

**1. Наконечний А.Й. Патогенетичні фактори ураження яєчка при різних формах його ретенції у дітей та обґрунтування шляхів мінімізації їх впливу.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.06 – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Дисертація присвячена патогенетичному обґрунтуванню лікування різних клінічних форм ретенції яєчок у дітей. В роботі проведено аналіз комплексного обстеження та способів лікування 595 хлопців з ретенцією яєчок. Визначено спектр хромосомних аберацій, включаючи мікрodelеції Y-хромосоми, у хворих на ретенцію яєчок. За алелями локусів II класу головної системи гістосумісності людини діагностовано імуногенетичні маркери, які в західноукраїнській популяції асоціюються з ретенцією яєчок та схильністю/резистентністю щодо синтезу антиспермальних антитіл. Визначено динаміку синтезу антиспермальних антитіл залежно від клінічної форми ретенції яєчок, віку хворих і термінів хірургічного лікування. Встановлено прогностичні фактори розвитку та прогресування аутоімунного ураження ретендованих і зведених яєчок. На підставі вивчення патогенетичних аспектів патології розроблено ефективне медикаментозне забезпечення орхіпексії, доведено доцільність застосування препаратів, які покращують мікроциркуляцію крові в зведеному яєчку та попереджують синтез антиспермальних антитіл. Запропоновано обґрунтовані підходи до хірургічного та консервативного лікування справжнього та псевдокрипторхізму.

**Ключові слова:** ретенція яєчок, справжній і псевдокрипторхізм, хромосомні аберації, імуногенетичні маркери, антиспермальні антитіла, внутрішньояєчкова гемодинаміка, орхіпексія, регіонарна провідникова блокада, органопротекція.

**2. Литвинець Є.А. Клініко-патогенетичні особливості механізмів розвитку та прогресування хронічного простатиту, обґрунтування раціональної тактики лікування хворих.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.06 – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Дисертація присвячена вирішенню актуальної проблеми клінічної урології – розробці та обґрунтуванню диференційованого підходу до лікування хворих на різні форми хронічного простатиту на основі комплексного вивчення клінічних, біохімічних, імунологічних, інструментальних показників, патогенетичних ланок становлення та перебігу даного захворювання.

Подано результати дослідження клініко-функціональних характеристик різних форм хронічного простатиту. Виявлено активацію процесів ліпопероксидації та пригнічення антиоксидантного захисту, що відіграє важливу роль у процесах хронізації та прогресування ХП. Встановлені прояви ендотеліальної дисфункції, що визначаються порушенням локального кровотоку в передміхуровій залозі на тлі зростання рівня ендотеліну-1 у сироватці крові. Вивчена варіабельність серцевого ритму, як показник балансу симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи у хворих з психопатологічними проявами.

Розроблено і апробовано схеми вибору методу лікування хворих на різні форми хронічного простатиту, що дає можливість підвищити клінічну ефективність лікування, досягти стійкої ремісії і збільшити частку хворих із позитивним лікувальним ефектом.

**Ключові слова:** хронічний простатит, перекисне окислення ліпідів, антиоксидантний захист, ендотеліальна дисфункція, комплексна терапія.

**3. Роцин Ю.В. Обґрунтування вибору лікувальної тактики у хворих з уретеролітіазом на основі прогнозування ефективності сучасних методів елімінації конкрементів.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття вченого ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.06 – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Робота присвячена поліпшенню результатів лікування хворих з уретеролітіазом на основі створення лікувального алгоритму, який запропоновано з урахуванням математичних моделей прогнозу ефективності сучасних методів лікування.

При комплексному обстеженні пацієнтів з уретеролітіазом і проведенні наступного критеріального математичного аналізу – виявлені фактори, що визначають ефективність консервативної терапії, екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії, уретероскопії та контактної літотрипсії.

На основі виявлених факторів, які впливають на ефективність різних методів лікування, розроблені та побудовані багатофакторні математичні моделі прогнозу спонтанної елімінації каменя сечоводу, ефективності та вірогідності загострення пієлонефриту при проведенні екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії, уретероскопії та контактної літотрипсії.

На основі бінарного алгоритму терапії каменів сечоводу, науково обґрунтована покрокова система вибору методу лікування уретеролітіазу з урахуванням мінімальної інвазивності та оптимальної ефективності методу.

Завдяки застосуванню лікувального алгоритму для пацієнтів з уретеролітіазом відзначено зростання ефективності першого методу лікування: з  $83,58 \pm 0,86\%$  до  $92,48 \pm 0,98\%$  ( $P < 0,001$ ). Кількість випадків неефективного застосування першого методу лікування скоротилася: з  $16,42\% \pm 0,86$  до  $7,52 \pm 0,98$ , тобто в 2,2 рази.

**Ключові слова:** уретеролітіаз, фармакоіндукована спонтанна елімінація каменя, екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія, уретероскопія та контактна літотрипсія, прогноз ефективності лікування, алгоритм лікування.

**4. Махер Гафсі. Обґрунтування комплексного застосування тренінгу м'язів тазового дна та люмбосакральної електронейромодуляції у лікуванні передчасної еякуляції.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06. – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Метою наукової роботи було підвищити ефективність лікування пацієнтів з передчасною еякуляцією (ПЕ) шляхом наукового обґрунтування застосування електронейромодуляції та тренінгу м'язів тазового дна за принципом біологічного зворотного зв'язку. У дослідження включено 84 пацієнта з ПЕ та 38 чоловіків з нормальною тривалістю статевих актів.

Встановлено, що розвиток ПЕ обумовлений підвищенням активності спінальних центрів еякуляції та асоціюється з порушенням координації роботи м'язів тазового дна. У той же час, гормональний чинник не відіграє суттєвої ролі у розвитку вродженої ПЕ. Продемонстровано, що люмбосакральна модуляція та поведінкова терапія на фоні тренінгу м'язів тазового дна достовірно і клінічно вагомо збільшують ІВПЛП, задоволеність статевим актом та зменшують виразність психоемоційного дистресу.

Розроблений алгоритм діагностики та лікування пацієнтів з ПЕ, який передбачає проведення анкетування пацієнтів за опитувальником «Профіль симптомів передчасної еякуляції», проведення анальної манометрії, електромієлографії та ізолюваного застосування електронейростимуляції у пацієнтів з тривалістю ІВПЛП  $< 1$  хвилини та комбінованої терапії при ІВПЛП  $> 1$  хвилини.

**Ключові слова:** передчасна еякуляція, міотренінг, біологічний зворотній зв'язок, електронейромодуляція, електромієлографія.

**5. Сансай А. О. Вибір методу лікування жінок із стресовим нетриманням сечі без опущення тазових органів.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06. – урологія. Державна Установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

У дисертації наведені результати консервативного та комбінованого (ендоуретральна електростимуляція шийки сечового міхура в поєднанні з медикаментозним лікуванням) лікування стресового не-

тримання сечі у жінок без опущення тазових органів. Найбільш ефективним було комбіноване лікування жінок із стресовим нетриманням сечі (позитивний результат був відмічений у 88,7% хворих, порівняно з 36,6% хворих при консервативному лікуванні). Результат лікування залежав від віку хворих, ступеня нетримання сечі, а також від тривалості захворювання. Застосування комбінованого лікування покращує якість життя хворих на 54,4%.

Негативний вплив стресового нетримання сечі на сексуальне здоров'я жінок був відмічений у 43,2% хворих жінок і також залежав від віку хворої, ступеня нетримання сечі та тривалості захворювання.

Розроблена власна методика оперативного лікування стресового нетримання сечі дозволяє більш надійно фіксувати передню стінку піхви в високому залонному положенні та досягти видужання у 96% хворих, зменшити післяопераційні ускладнення на 24,6% та післяопераційний ліжкодень на 31%. При дослідженні віддалених післяопераційних результатів відмічається зменшення рецидивів нетримання сечі на 9,7% при використанні власної методики, порівняно з традиційними.

**Ключові слова:** стресове нетримання сечі, залонна кольпопексія та кольпосуспензія, сексуальне здоров'я.

**6. Савчук Р. В. Роль енергетичних змін тканини детрузора в патогенезі розвитку гіперактивного сечового міхура (експериментальне дослідження).** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06 – урологія. Державна Установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Дисертація присвячена експериментальному обґрунтуванню принципової стратегії в лікуванні гіперактивного сечового міхура на підставі вивчення динаміки структурно-біоенергетичних і функціональних змін детрузора під впливом нових хімічних сполук, які мають поєднану енерготропну й антихолінергічну активність.

За допомогою дослідження на ізольованому сечовому міхурі встановлено мінімальні ефективні концентрації досліджуваних сполук (нікотиніолгідразон парадиметиламінобензальдегід (HNdb), комплекс германію (IV) з HNdb, комплекс германію (IV) з нікотинамідом, кверцетин та троспію хлорид), які були використані протягом 21 доби у тварин з експериментальним гіперрефлекторним сечовим міхуром. Досліджено патофізіологічні зміни в детрузорі у тварин із ГСМ, в основі яких лежить метаболічна дезорганізація, ушкоджувальний вплив на мембрани клітин детрузора продуктів вільнорадикального окиснення ліпідів, а також зниження рівнів ферментів антиоксидантного захисту, Ca<sup>2+</sup>-АТФ-ази, активізації енергетичного профілю, що перебігає з перевитратою енергетичних запасів. При порівнянні координаційних сполук із германієм, кращу активність виявляє комплекс германію (IV) з нікотинамідом, в основі механізму дії якого лежить здатність зменшувати ступінь окиснювальних процесів, стабілізувати енергетичний профіль і метаболізм клітин, за рахунок високої цитопротекторної активності, що підтверджує доцільність їх подальшого вивчення для впровадження в клінічну практику.

Доведена ефективність в лікуванні експериментального гіперактивного сечового міхура комбінації м-холіноблокаторів і енерготропних препаратів, на прикладі троспію хлориду і кверцетину, які стабілізують показники енергетичного обміну в клітинах детрузора, що свідчить про стабілізацію цитоенергетичного потенціалу клітини.

**Ключові слова:** енергетичний обмін, гіперактивний сечовий міхур, детрузор.

**7. Вітрук Ю. В. Тактика лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози, ускладненої декомпенсованою функцією детрузора.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06 – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Дисертація присвячена вивченню анатомо-функціональних та морфологічних змін в сечовивідних шляхах при доброякісній гіперплазії передміхурової залози, ускладненій декомпенсованою функцією детрузора, їх впливу на результати оперативного лікування та післяопераційні ускладнення, вдосконаленню методики відкритої черезміхурової простатектомії та оцінці віддалених результатів лікування. В роботі наведені результати аналізу комплексного обстеження та лікування 217 хворих на ДГПЗ, уск-

ладнену хронічною затримкою сечі, нейрогенним порушенням функції сечового міхура, уретерогідро-нефрозом та хронічною нирковою недостатністю, яким було виконане хірургічне втручання: 165 (76%) – простатектомія без резекції сечового міхура, 52 (24%) – простатектомія з резекцією мегациста чи дивертикулектомією. Проаналізовано етапність розвитку анатомо-функціональних та морфологічних змін в органах сечовидільної системи при ДГПЗ, розроблено метод диференційної діагностики мегауретера. Науково обґрунтовано показання до резекції мегациста, розроблені шляхи вдосконалення хірургічного лікування хворих на ДГПЗ, ускладнену декомпенсованою функцією детрузора, проведена оцінка ефективності відновлення сечовипускання.

**Ключові слова:** доброякісна гіперплазія передміхурової залози, інфравезикальна обструкція, декомпенсована функція сечового міхура, відкрита черезміхурова простатектомія.

**8. Грицай В.С. Вплив інфікованості передміхурової залози збудниками різного таксономічного походження на перебіг захворювання та результати хірургічного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06. – урологія. ДУ «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р

Дисертаційна робота вирішує актуальне завдання урології, що полягає у покращенні якості діагностики інфекційних уражень передміхурової залози у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) шляхом виявлення збудників захворювань, які передаються статевим шляхом (ЗПСШ), у генітальних екскретах та інтраопераційно видаленій тканині передміхурової залози, визначення впливу цих мікроорганізмів на перебіг захворювання та виникнення ранніх післяопераційних ускладнень простатектомії.

У дослідження включений 101 пацієнт, хворий на ДГПЗ віком від 50 до 86 років. За допомогою полімеразної ланцюгової реакції зіскобів із сечівника, секрету передміхурової залози та інтраопераційно видаленої тканини передміхурової залози у 53,5% хворих було виявлено наявність ДНК збудників ЗПСШ. Доведено, що у 92,6% інфікованих хворих на ДГПЗ відмічається розбіжність результатів дослідження генітальних екскретів та тканини передміхурової залози на збудники ЗПСШ. Встановлено, що хронічний запальний процес в передміхуровій залозі та сечівнику у хворих на ДГПЗ без ознак сечової інфекції в більшій мірі обумовлений збудниками уреоплазмозу та трихомоніазу й вірогідно підвищує виразність симптомів нижніх сечовивідних шляхів. Вперше доведено, що інфікованість збудниками ЗПСШ і хронічний запальний процес у передміхуровій залозі та/або сечівнику у хворих на ДГПЗ вірогідно підвищують частоту розвитку ранніх післяопераційних ускладнень простатектомії.

Науково обґрунтована необхідність періопераційної ідентифікації вказаної групи збудників, що дає можливість адекватного планування консервативного та проведення профілактики ускладнень хірургічного лікування цієї категорії пацієнтів.

**Ключові слова:** доброякісна гіперплазія передміхурової залози, захворювання, що передаються статевим шляхом, перебіг, ускладнення.

**9. Чабанов П.В. Шляхи підвищення ефективності лікування хворих з гіперактивним сечовим міхуром на основі розробки методу електростимуляції детрузора з електроміографічним і урофлоуметричним контролем.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06 – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Дисертаційна робота присвячена вивченню та науковому обґрунтуванню лікування хворих ГАСМ на основі визначення тону детрузора та розробки методу електростимуляції детрузора за допомогою нової частотно-амплітудної характеристики.

Дослідження базувалось на результатах комплексного обстеження та лікування 421 пацієнта з ГАСМ: 201 хворий з гіперкінетичним тонусом детрузора та 220 пацієнтів з гіпокінетичним тонусом детрузора.

На основі вивчення стану нижніх сечових шляхів за допомогою уродинамічних та електроміографічних методів дослідження у хворих на ГАСМ було визначено два стани тону детрузора: гіпо- та гі-

перкінетичний. Залежно від цього призначались різні методи лікування електростимуляцією. У хворих з гіпокінетичним тонусом детрузора використовувалась стимулююча методика електростимуляції, а при діагностуванні гіперкінетичного тону детрузора застосовувалась розроблена гальмівна методика електростимуляції з новими частотно-амплітудними характеристиками. При відсутності протипоказань для застосування медикаментозного лікування, пацієнтам призначалось комплексне використання електростимуляції та препаратів М-холінолітичної дії.

Визначено та науково обгрунтовано призначення стимулюючої методики для пацієнтів з гіпокінетичним тонусом детрузора, розроблена нова частотно-амплітудна характеристика гальмівної методики для лікування пацієнтів з гіперкінетичним тонусом детрузора.

Доведено, що ефективність лікування хворих ГАСМ залежить від визначення тону детрузора та методу лікування. При цьому найбільш ефективним є комплексне застосування електростимуляції та М-холінолітиків.

**Ключові слова:** гіперактивний сечовий міхур, детрузор, урофлоуметрія, електроміографія, електростимуляція.

#### **10. Виливок М.М. Вибір тактики лікування запальних ускладнень у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози в післяопераційному періоді.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06 – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Дисертація присвячена вивченню та науковому обгрунтуванню клінічних особливостей перебігу післяопераційного періоду у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози в залежності від вираженості запалення в ділянці операції та змін про- та протизапальних цитокінів на фоні запропонованого лікування. Робота базується на результатах обстеження та лікування 348 хворих.

Вперше визначені особливості змін про- та протизапальних цитокінів при розвитку дизурії на фоні запального процесу сечових шляхів в післяопераційному періоді у хворих на ДГПЗ, які полягають в швидкому зниженні активності про- та протизапальних цитокінів у хворих з застосуванням запропонованого лікування; встановлено, що рівень ІЛ-6 та ІЛ-8 в ранньому післяопераційному періоді впливає на розвиток гнійно-запальних ускладнень; доведено наявність прямого кореляційного зв'язку між вираженістю запалення в ділянці операції та тривалістю дизурії. Оцінена ефективність лікування запального процесу в ділянці передміхурової залози в до- та післяопераційному періоді в залежності від використання різних груп препаратів.

**Ключові слова:** доброякісна гіперплазія передміхурової залози, дизурія, цитокіни, цистометрія наповнення, діагностика, лікування.

#### **11. Абід Карем. Удосконалення передопераційної підготовки хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози великого об'єму для виконання трансуретральної резекції.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06 – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Дисертація присвячена питанням лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози, а саме зменшенню кількості ускладнень і покращанню наслідків трансуретральної резекції передміхурової залози у хворих із об'ємом простати більше 80см<sup>3</sup>. В роботі наведені дані обстеження, наслідки лікування 198 хворих. З них першу групу склали 94 (47,5%) хворих, яким виконано позалонну простатектомію за Millin. До другої групи ввійшли 48 (24,2%) пацієнтів, яким під час оперативного лікування ДГПЗ виконано ТУРП. У хворих третьої групи перед виконанням ТУРП, як передопераційну підготовку, спрямовану на зниження кровотоку в простаті, додатково проводили терапію з використанням фінастериду (Пенестер) по 5 мг 1 раз на добу протягом 4-6 місяців. Кількість таких – 56 (28,3%) осіб.

Допплерографічні та морфологічні дослідження продемонстрували значну редукцію кровотоку в передміхуровій залозі наприкінці курсу передопераційного лікування. Проведення передопераційного курсу склерозуючої терапії з використанням фінастериду дозволило значно поліпшити якість операції трансуретральної резекції простати при її доброякісній гіперплазії у пацієнтів з об'ємом передміхуро-

вої залози більше 80см<sup>3</sup> за рахунок зниження інтраопераційної крововтрати і кількості геморагічних ускладнень.

**Ключові слова:** доброякісна гіперплазія передміхурової залози, трансуретральна резекція, фінастерид, доплерографія простати.

### **12. Демченко В.М. Хірургічне лікування сечоміхурово-піхвових нориць з використанням багатокомпонентного біологічного ранового покриття. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06 – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Дисертація присвячена вирішенню проблеми хірургічного лікування хворих сечоміхурово-піхвовими норицями за допомогою запропонованого способу фістулопластики з застосуванням багатокомпонентного біологічного ранового покриття (БКБРП).

Представлено результати обстеження та лікування 60 хворих сечоміхурово-піхвовими норицями. Встановлено, що застосування БКБРП при хірургічному лікуванні СПН достовірно ( $p < 0,05$ ) зменшує кількість післяопераційних рецидивів (6,7%), у порівнянні з традиційними методиками (30%), має гарні пластичні, гемостатичні та герметизуючі властивості, які не змінюються при контакті з сечою, стійкий ефект застосування виникає протягом 3-5 хвилин. Клінічно підтверджена різна адгезивна активність БКБРП відносно шарів стінки сечового міхура: слабка фіксація до неушкодженої слизової оболонки і надійна фіксація до підслизового, м'язового та серозних шарів. Клінічно підтверджена біологічна безпечність з відсутністю алергічних і токсичних реакцій при застосуванні БКБРП. Встановлено, що на результати хірургічного лікування достовірно впливають наступні показники: вік пацієнтки, анамнестична рецидивність, післяопераційні нориці, термін від утворення нориці чи рецидиву до операції та розміри нориці. На основі цих показників запропоновано дискримінантні рівняння, за допомогою яких, з високою достовірністю ( $p < 0,05$ ), можна прогнозувати той чи інший результат лікування ще до операції. При несприятливому прогнозі, використання багатокомпонентного біологічного ранового покриття дозволяє зменшити ризик виникнення рецидиву.

**Ключові слова:** сечоміхурово-піхвова нориця, фістулопластика, багатокомпонентне біологічне ранове покриття, дискримінантне рівняння.

### **13. Ємець Д. О. Корекція розладів сечовипускання у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози після простатектомії. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06 – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Дисертація присвячена актуальній проблемі клінічної урології – підвищенню ефективності хірургічного лікування ДГПЗ шляхом науково обґрунтованої розробки комплексу заходів профілактики й усунення ІС, що є наслідком відміни  $\alpha 1$ -адреноблокаторів, тривалий час застосовуваних до операції.

У дисертації доведено залежність у хворих на ДГПЗ частоти розвитку СНСШ після радикальної операції від тривалого доопераційного застосування  $\alpha 1$ -АБ, що виявляється у достовірно частішому розвитку ІС за умови відміни прийому препаратів у порівнянні з пацієнтами, які такого лікування не отримували або продовжили його в ранні післяопераційні терміни. На основі цієї залежності в комплексі з особливостями динаміки відновлення кровопостачання стінки цистоуретрального сегмента після операції та інтенсивності й тривалості гіперкатехолемії доведено існування «синдрому відміни» для застосування  $\alpha 1$ -АБ. Аналогічної залежності вияву СНСШ від доопераційного застосування інгібіторів 5- $\alpha$ -редуктази в післяопераційний період в разі їх відміни не встановлено.

Розроблено і впроваджено у практичне застосування алгоритм лікування і профілактики СНСШ у пацієнтів, оперованих з приводу ДГПЗ, що дозволило знизити в  $1,43 \pm 0,11$  рази ймовірність розвитку порушень сечовипускання в післяопераційний період і забезпечити функціональні параметри сечовипускання, максимально наближені до фізіологічної норми в  $92,57 \pm 3,41\%$  випадків, а отже, поліпшити результати хірургічного лікування та якість життя оперованих пацієнтів.

**Ключові слова:** доброякісна гіперплазія передміхурової залози, симптоми нижніх сечових шляхів,  $\alpha 1$ -адреноблокатори, синдром відміни, лікування.

#### **14. Железко О.І. Ендоскопічне лікування набутих стриктур сечоводів.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06. – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Дисертація присвячена удосконаленню диференційованого та індивідуального підходу до раціонального вибору тактики лікування хворих із набутими стриктурами верхніх сечовивідних шляхів із застосуванням ендоскопічної реканалізації стриктур.

В роботі представлені результати обстеження та лікування 126 хворих із набутими стриктурами сечоводів та мисково-сечовідного сегменту.

Для ендоскопічного відновлення прохідності верхніх сечовивідних шляхів при наявності набутих стриктур нами застосовано два методи – ендоскопічне бужування стриктур та балонна дилатація. Доведено, що ефективність ендоскопічного бужування набутих стриктур ВСШ значно нижча балонної дилатації. Із 30 хворих, яким проведено бужування стриктури, у 14 (46,7±9,1%) протягом року виявлено рецидив стриктури, тоді як із 96 хворих після балонної дилатації – лише у 6 (6,3±2,5%),  $p < 0,01$ . Всім цим хворим (20) виконано повторну реканалізацію – балонну дилатацію стриктури, із них 14 хворим виконано установку стента з рухомою оливою.

Розроблені показання для проведення ендоскопічної реканалізації, встановлені основні чинники виникнення набутих стриктур ВСШ, теоретично і науково обґрунтовані механізми балонної дилатації та телескопічного бужування.

Доведена висока ефективність рентгенендоскопічного лікування стриктур ВСШ, що дозволяє широко використовувати його як альтернативний хірургічному лікуванню. Клінічний ефект лікування сягає 91% у разі стриктур довжиною від 0,5 до 1,5 см і досягається за умов збереженої функції нирки.

**Ключові слова:** стриктури верхніх сечовивідних шляхів, балонна дилатація, телескопічне бужування, стентування, функціонально-відновні можливості нирки.

#### **15. Владиченко К. А. Ренальна дисфункція при трансуретральній резекції доброякісної гіперплазії простати і шляхи її корекції.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.06 – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». – Київ, 2010р.

Дисертація присвячена вивченню особливостей функціонального стану нирок, перебігу оксидативного стресу при оперативному лікуванні доброякісної гіперплазії простати та вдосконаленню нефропротекторної терапії при ренальній дисфункції внаслідок доброякісної гіперплазії простати. У роботі наведені результати комплексного обстеження та лікування 150 пацієнтів із доброякісною гіперплазією простати. Встановлено, що проба з ізотонічним водним навантаженням надає змогу діагностувати ранні порушення функціонального стану нирок при доброякісній гіперплазії простати. З'ясовано, що під час операційного стресу відбувається зниження активності всіх ланок фібринолітичної активності крові. У хворих під час оперативного втручання збільшується вміст у крові дієнових кон'югатів, малонового альдегіду, аліфатичних кетондінітрофенілгідрозонів нейтрального та основного характеру, що свідчить про активацію прооксидантної системи крові. Зміни активності ферментів антоксидантної системи під час операції проявляються збільшенням активності каталази, глутатіонпероксидази на фоні зниження вмісту глутатіону відновленого. Призначення глутаргіну у доопераційному періоді викликає збільшення функціонального ниркового резерву, активності каталази та глутатіонпероксидази, що сприяє нівелюванню впливу операційного стресу.

**Ключові слова:** доброякісна гіперплазія простати, ренальна дисфункція, трансуретральна резекція простати, оксидативний стрес.

#### **16. Шостак М.В. Комплексна опіатно-електроімпульсна терапія хворих на гіперактивний сечовий міхур.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06. – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Дисертація присвячена вивченню доцільності, ефективності та безпечності використання агоністу периферичних опіоїдних рецепторів даларгіну як у монотерапії, так й у комбінації з авторською ме-

тодікою електроімпульсної терапії тазового дна у хворих на гіперактивний сечовий міхур (ГСМ). На підставі вивчення динаміки об'єктивних та суб'єктивних показників протягом 12 тижнів лікування даларгіном виявлено достовірну редукцію рефлекторної збудливості, нестриманих скорочень детрузора і чутливості сечового міхура; зростання комплаєнтності, нормалізацію підвищеного детрузорного тиску, відновлення функціональної і цистометричної ємності сечового міхура, усунення основних клінічних симптомів копінг-поведінки; нормалізацію ритму, ефективності сечовипускань та поліпшення якості життя хворих. Показано взаємне потенціювання патогенетичних ефектів поєднаного використання аналогу лейцин-енкефаліну даларгіну та авторської методики електроімпульсної терапії тазового дна внаслідок сумарної дії з рівним вектором – антиноцицептивної, антиспастичної, вазомоторної та нейротропної, що сприяє ефективному зниженню патологічної чутливості, підвищеної збудливості, усуненню уродинамічних та клінічних симптомів захворювання. Показано причинно-наслідкові взаємовідносини ефективності аналогу лейцин-енкефаліну даларгіну і комплексної опіатно-електроімпульсної терапії від ступеня клінічних проявів симптомокомплексу ГСМ та статі хворих; на їх основі опрацьований принциповий диференційований клінічний алгоритм щодо діагностики і лікування хворих на ГСМ.

**Ключові слова:** гіперактивний сечовий міхур, електроімпульсна терапія, даларгін, ургентність, копінг-поведінка.

**17. Красилюк Л. І. Діагностика, лікувальна тактика при простатичній інтраепітеліальній неоплазії та її зв'язок з раком передміхурової залози. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.06 – урологія. Державна установа «Інститут урології АМН України». Київ, 2010р.

Дисертація присвячена обґрунтуванню принципової стратегії в лікуванні простатичної інтраепітеліальної неоплазії на підставі закономірностей її перебігу та можливостей запобіжного впливу на її розвиток на прикладі фітоестрогену ЕКСО, що моделюється в експерименті.

Розроблено власну модель простатичної інтраепітеліальної неоплазії, при якій виявлені диспластичні зміни епітелію передміхурових залоз, що морфологічно і цитологічно відповідні ПН у хворих на ДГПЗ і РПЗ. Пренеопластичні зміни супроводжуються метаболічною дезорганізацією, що виявляється посиленням процесів ліпопероксидації. Фітоестроген ЕКСО проявив запобіжний вплив на розвиток експериментальної ПН, визначено його пряму і непряму антиоксидантну дію.

При дослідженні хворих на ДГПЗ і РПЗ виявлено зв'язок ПН переважно з РПЗ (знайдений у 70% пацієнтів), особливо ПН ВС (виявлений у 54% обстежених). Отримані дані свідчать про пренеопластичний характер ПН, а також про можливість використання ПН ВС як маркера РПЗ.

Розроблено теоретичну базу для подальших клінічних досліджень і лікування ПН високого ступеня у хворих.

**Ключові слова:** передміхурова залоза, простатична інтраепітеліальна неоплазія, фітоестроген.