

Зі збільшенням кількості несприятливих патоморфологічних знахідок у хворих на клінічно місцево-розповсюджений РПЗ, зростає ризик рецидиву захворювання та канцер-специфічної смертності. Так, при наявності одного патоморфологічного несприятливого фактора прогнозу, ризик біохімічного рецидиву зростає в 5,6, двох – в 12,8, трьох – в 36,0, чотирьох – в 30,0 разів.

Література

1. Arnold, M., et al. Recent trends in incidence of five common cancers in 26 European countries since 1988: Analysis of the European Cancer Observatory. *Eur J Cancer*, 2015. 51: 1164.
2. Gnanapragasam VJ, Mason MD, Shaw GL, Neal DE. The role of surgery in high-risk localised prostate cancer. *BJU Int*. 2012;109(5):648–658.
3. Gerber GS, Thisted RA, Chodak GW *et al.* Results of radical prostatectomy in men with locally advanced prostate cancer: multi-institutional pooled analysis. *Eur Urol* 1997; 32: 385–90
4. Ward JF, Slezak JM, Blute ML, Bergstralh EJ, Zincke H. Radical prostatectomy for clinically advanced (cT3) prostate cancer since the advent of prostate-specific antigen testing: 15-year outcome. *BJU Int* 2005; 95: 751–6
5. Loeb S, Smith ND, Roehl KA, Catalona WJ. Intermediate-term potency, continence, and survival outcomes of radical prostatectomy for clinically high-risk or locally advanced prostate cancer. *Urology* 2007; 69: 1170–5
6. Sanda MG, Dunn RL, Michalski J *et al.* Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *N Engl J Med* 2008; 358: 1250–61
7. Xylinas E, Daché A, Rouprêt M. Is radical prostatectomy a viable therapeutic option in clinically locally advanced (cT3) prostate cancer? // *British Journal of Urology International*. 2010;106(11):1596–1600.
8. Yossepowitch O. Secondary therapy, metastatic progression, and cancer-specific mortality in men with clinically high-risk prostate cancer treated with radical prostatectomy / O. Yossepowitch, S.E. Eggener, A.M. Serio, et al. // *Eur. Urol.* – 2008 – Vol.53 – P.950-959.
9. Carver B.S. Long-term outcome following radical prostatectomy in men with clinical stage T3 prostate cancer / B.S. Carver, F.J. Bianco Jr., P.T. Scardino, J.A. Eastham. // *J. Urol.* – 2006 – Vol.176 – P. 564-568.
10. Daly T, Hickey BE, Lehman M, et al. Adjuvant radiotherapy following radical prostatectomy for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011:CD007234.
11. Briganti A, Karnes RJ, Da Pozzo LF, et al. Combination of adjuvant hormonal and radiation therapy significantly prolongs survival of patients with pT2-4 pNp prostate cancer: results of a matched analysis. *Eur Urol*. 2011;59:832-840.
12. Sobin L.H. *International Union against Cancer*. 7th ed. 2009. / Sobin L.H.; Gospodarowicz M.K., Wittekind Ch. // Chichester, West Sussex, UK; Hoboken, NJ : Wiley-Blackwell – 2010 – P.243-8.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНООККЛЮЗИВНОЙ ФОРМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Лесовой В.Н.¹, Аркатов А.В.^{1,2}, Авдосьев Ю.В.³, Книгавко А.В.¹, Казиев С.Г.¹

¹Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

²КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г. Харьков

³Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, отделение ангиографии и рентгенэндоваскулярной хирургии, г. Харьков

Введение: По данным мировой литературы, венозная недостаточность встречается у трети больных с эректильной дисфункцией. Венозная недостаточность кавернозных тел подразумевает под собой венозную утечку и вено-окклюзивную дисфункцию. При венозной утечке происходит преждевременный сброс крови по венам полового члена. При вено-окклюзивной дисфункции эрекция вообще не возникает, либо практически не поддерживается, что приводит к быстрому спаду эрекции до наступления оргазма и эякуляции. При выполнении кавернозографии пациентам с веноокклизивной формой эректильной дисфункцией (ЭД) выявляется 3 типа венозного сброса: проксимальный, дистальный или смешанный. В связи с чем предлагается различные методы оперативного лечения

Материалы и методы: На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала в 2014-2017 гг. у 64 пациентов с жалобами на неустойчивую эрекцию при проведении УЗИ полового члена и мошонки в режиме доплерографии было выявлена венозная форма ЭД, где определялась венозная утечка по глубокой дорзальной вене и кавернозным венам. Для диагностики был использован принцип комплексного исследования с применением клинического, лабораторного, ультразвукового, рентгенологического методов и анкетирования пациентов (МИЭФ-5). Для уточнения путей венозного сброса пациентам была произведена кавернозография. Критерием отбора пациентов для проведения кавернозографии были повышенные гемодинамические показатели венозной утечки, у которых при проведении доплерографии полового члена наблюдалась пульсационная волна в глубокой дорзальной вене, симметричная пульсации дорзальных артерий. На базе института общей и неотложной хирургии в отделении ангиографии и рентгенэндоваскулярной хирургии 17 пациентам с дистальной формой венозной утечки была произведена рентгенэндоваскулярная окклюзия патологических венозных шунтов (РЭВОПВШ) через систему глубокой дорзальной вены. Возраст пациентов находился в диапазоне от 18 до 60 лет ($\approx 33,4 \pm 3,2$).

Результаты: Выполнено эндоваскулярное оперативное лечение пациентам с дистальной формой венозного сброса. По итогам оперативного лечения было установлено, что субъективная оценка эректильной функции (по шкале МИЭФ-5) через 1 мес возросла на 8,3 баллов. По

об'єктивної оцінці якості ерекції у пацієнтів після операції виросло на 92% по порівнянню з початковими даними.

Висновки:

1) Найбільш інформативним методом візуалізації ПВД статевого члена є кавернозографія.

2) Ефективним лікуванням дистальної венозної утечки статевого члена є створення обмеження патологічного сброса крові з патологічних венозних шунтів. Це може бути досягнуто ендоскопічним оперативним методом лікування, а саме - рентгенендоваскулярна оклюзія патологічних венозних шунтів (якість ерекції у пацієнтів після операції виросло на 92% по порівнянню з початковими даними).

АУТО- И КСЕНОТРАНСПЛАНТАТЫ В ПЕНИЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

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

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г. Харьков

Колічеств пацієнтів, які хочуть отримати адекватне хірургічне лікування по приводу як вроджених, так і придбаних девіацій статевого члена в останнє час збільшилось. Незважаючи на значительні успіхи хірургії статевого члена, незадовільні результати оперативного лікування при девіаціях статевого члена по-прежнему зберігаються на достаточному високому рівні (11-70% випадків) (Savoca G., Scieri F., Pietropaolo F.). При проведенні корпоропластики при девіаціях статевого члена і використанні трансплантатів відмічено, що структура трансплантата і структура tunica albuginea не можуть повністю збігатися, що в свою чергу в післяопераційному періоді викликає або посилює вже існуючу еректильну дисфункцію за рахунок порушення артеріального притоку або посилення венозного відтоку або порушення обох механізмів (Kadioglu, A. et al). К настоящему времени не существует идеальной хирургической техники и идеального трансплантата в лечении девиаций полового члена. (Liu B., Zhu X.W., Zhong D.C.)

Незважаючи на відсоток незадовільних результатів лоскутної корпоропластики, до сих пор не проведено порівняльний морфологічний аналіз переваг і недоліків використання ауто- і ксенотрансплантатів в хірургічному лікуванні девіацій статевого члена.

Ціль дослідження: Провести імуногістологічне порівняння ауто- і ксенотрансплантатів найбільш часто застосовуваних при операціях корпоропластики

Предмет дослідження: 3 види використовуваних ауто-трансплантатів – широка фасція бедра, бедренна вена, оболочка яєчка, а також ксенотрансплантат - ліофілізований бичий перикард.

Для проведення імуногістохімічного дослідження використовувався матеріал, отриманий в ході операції у 168 пацієнтів: широка фасція бедра-96, бедренна вена-38, оболочка яєчка-34. Проведено дослідження ксенотрансплантата - ліофілізований бичий перикард, встановленого у 42 пацієнтів. Достоїнством методу виявилась можливість використання архівного матеріалу, т.е. парафінових блоків раніше видалених тканин, незалежно від давності виконання біопсії.

Обсуждение результатов

При вивченні структури білочної оболочкі здорового чоловіка, виявлено, що вона представляє собою щільну з'єднано-тканню структуру, в ній відсутнє запалення і немає патологічних колагенів. О хорошій пружності нормальної білочної оболочкі свідчить наявність васкуляризації і помірного кількості фібробластів і гладком'язових волокон.

При вивченні морфологічної структури пляшки виявлена прогресуюча дезорганізація з'єднано-тканою і стінок судин з одночасною наявністю дегенерації, проліферації і запалення.

При вивченні трансплантатів виявлено, що кожен з них має свої плюси і мінуси. Для використання в операції по заміщенню дефекта білочної оболочкі може бути використаний кожен з них.

Ліофілізований бичий перикард проходить багаторівневу обробку, яка зводиться до мінімуму антигенної реакції і інактивує інфекцію; довго зберігає еластичність за