

ischemia correlates with urinary excretion bisphosphatase in human kidney-transplantation // *Nepron.*- 1997.- V.77.- N1.- P. 62-67.

5. Покровский А.А., Кравченко Л.В., Тутельян В.А.. Исследование активности ферментов лизосом при действии афлатоксина и митомицина // *Биохимия.*- 1971.-Т.36, №4.-С.690-696.
6. Цветкова И.В., Козина А.Б., Методы определения N-ацетил-в-Д-гексозаминидазы А для пренатальной диагностики болезни Тея-Сакса и выявления гетерозиготных носителей заболевания // *Современные методы в биохимии.*- М.: Медицина, 1974.-С.132-176.
7. Карпенко В.С., Колесников Г.Ф., Петрунь Н.М. и др.. Функциональная диагностика в урологии и нефрологии.- Киев, "Здоров'я".- 1977.- 224с.

Резюме

РЕНОСПЕЦИФІЧНІ ФЕРМЕНТИ СЕЧІ -
МАРКЕРИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ
АЛОТРАНСПЛАНТОВАНОЇ НИРКИ

Мигаль Л.Я., Король Л.В., Нікуліна Г.Г.

Рівні лізосомних ферментів N-ацетил-в-Д-глюкозамінідази (НАГ), її ізоферменту НАГ В, бета-галактозидази та мітохондріальної L-канаванін: орнітин амідотрансферази (КОАТ) визначали в сечі пацієнтів на кінцевій стадії хронічної ниркової недостатності та після алотрансплантації нирки в ранньому післяопераційному періоді. У реципієнтів з задовільною функцією ниркового трансплантата спостерігалось зниження

активності НАГ на 5 добу, а активності НАГ В та КОАТ- протягом 30 днів після операції. При незадовільній функції нирок у реципієнтів відмічено підвищення реноспецифічної ензимурії. Отже, визначення реноспецифічних ферментів в сечі може використовуватися в якості маркерів функціонального стану ниркового алотрансплантата.

Ключові слова: функція нирки, ферменти, сеча, нирковий алотрансплантат

Summary

THE RENAL SPECIFIC ENZYMES OF URINE
- MARKERS OF FUNCTION OF STATE OF
ALLOTRANSPLANTATED KIDNEY

Migal L.Yu., Korol L.V., Niculina G.G.

The levels of lysosomal enzyme N-acetyl-beta-D-glucosaminidase (NAG), its isoenzyme NAG B, beta-galactosidase and mitochondrial enzyme L-canavanine: ornithine amidotransferase were determined in urine of patients with end-stage chronic renal failure before and after renal allotransplantation in the early postoperative period. The recipients with satisfactory function of renal allotransplantate showed significant decrease of NAG activity on the 5 day, NAG B and COAT activity - on the 30 day after operation. The recipients with unsatisfactory function of renal allotransplantate showed significant increase of the renal specific enzymuria. So, investigation of the renal specific enzymes in urine may be used as markers for diagnostics of functional state of allotransplantated kidney.

Key words: function of kidney, enzyme, urine, allotransplantate of kidney.

УДК 616.988.7-053.2-097+616-018.2—007.17

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ ПРАЦІВНИКІВ ЗАЛІЗНИЧНОГО ТРАНСПОРТУ, ЩО МАЮТЬ ОЗНАКИ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА СТРАЖДАЮТЬ НА ЧАСТІ ГРВІ

Починок Т.В., Тяжка О.В., Безпалько Ю.М., Братусь О.П.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Дорожня клінічна лікарня № 1, ст. Київ

Вступ

Діти, що часто хворіють на повторні гострі респіраторні захворювання (ГРЗ), відносяться до другої групи здоров'я, при певних умовах можуть залишатися здоровими, а при дії несприятливих факторів хворіти, в тому числі гострими респіратор-

ними вірусними інфекціями (ГРВІ) з формуванням хронічної бронхолегеневої та інших видів соматичної патології [1]. Незважаючи на значну кількість досліджень із цієї проблеми, її не можна вважати остаточно вирішеною в зв'язку з ростом в Україні числа дітей, які часто хворіють на ГРВІ, що, можливо, пов'язано з погіршенням соціаль-

но-економічного та культурного стану сімей та несприятливим впливом довкілля на дитячий організм [2].

Треба зазначити, що у зв'язку з віковими особливостями імунної системи – її незрілістю - дитячий організм особливо чутливий до впливу негативних факторів оточуючого середовища, і, можливо, це створює умови до зростання кількості осіб, схильних до частих ГРЗ. Доведено, що при своєчасному виявленні імунокомпроментованих дітей та проведенні повного обсягу реабілітаційних та профілактичних заходів вдається значно зменшити ризик частих ГРВІ, знизити їх розповсюдженість [3].

В останнє десятиріччя спостерігається тенденція до збільшення сполучнотканних аномалій у дітей у вигляді неповних, недиференційованих форм, які об'єднуються у недиференційовані дисплазії сполучної тканини (НДСТ) [4,5,6]. Дослідженнями, проведеними нами раніше, виявлено, що діти з НДСТ формують групу дітей, що страждають на часті гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), запальні процеси ЛОР-органів, верхніх та нижніх дихальних шляхів. Підґрунтям для формування категорії дітей, які страждають на часті ГРВІ та мають ознаки НДСТ є порушення імунітету та активація перекисного окислення ліпідів (ПОЛ). У них спостерігається більш значне зниження показників місцевого імунітету за даними Ig A та s Ig A в слині, фагоцитозу (активності фагоцитозу, кисень - залежного метаболізму нейтрофілів), підвищення рівня ПОЛ ніж у дітей, що не мають проявів НДСТ [7]. Із зіву дітей, що страждають на часті ГРВІ та мають ознаки НДСТ, висівається у значно вищих титрах St. Aureus у порівнянні з дітьми, що не мають проявів НДСТ.

В літературі не має чітких даних щодо реабілітації дітей з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ), що страждають на часті гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), особливо їх імунологічних порушень. Тому метою роботи було розробити метод лікування імунологічних порушень у дітей працівників залізничного транспорту, що мають ознаки недиференційованої дисплазії сполучної тканини та страждають на часті ГРВІ.

Об'єкт дослідження

Під наглядом було 100 дітей праців-

ників залізничного транспорту України у віці від 3 до 6 років (40 дівчаток та 60 хлопчиків). Для поглибленого клініко-лабораторного обстеження виділено 69 дітей: 30 дітей, що мали ознаки НДСТ та страждали на часті ГРВІ, 19 дітей, що страждали на часті ГРВІ, без ознак НДСТ, 20 здорових дітей, що хворіли на ГРВІ епізодично, не частіше 2 раз на рік, такого ж віку склали контрольну групу.

Методи досліджень

Матеріалом для лабораторного дослідження дітей була венозна кров, слина, які забирали вранці натщесерце, та добова сеча. Дітей обстежували в спокійному періоді поза респіраторною патологією, не раніше 4-х тижнів після перенесеної останньої ГРВІ. Метаболізм сполучної тканини у дітей вивчали за динамікою екскреції з сечею глікозоаміногліканів [8] та продуктів розпаду колагену – оксипроліну [9].

Для оцінки стану імунної системи дітей використано наступні методики: лімфоцитарні субпопуляції свіжоодрержаної гепаринізованої периферичної венозної крові визначали з використанням моноклональних антитіл; для оцінки стану фагоцитозу вивчали активність та інтенсивність фагоцитуючих клітин (нейтрофілів) (J.A. Gelfand et al., 1986); функціональну активність нейтрофілів (кисень-залежний метаболізм) у периферичній крові визначали за реакцією відновлення нітросинього тетразолію – НСТ-тест (В.М. Park., 1971) у мікро модифікації з застосуванням капілярної крові (С.М. Гордиенко, 1983). Результати оцінювали напівкількісним методом з обчисленням ступеня активності реакції (М. Г. Шуба с соавт., 1978). рівень імуноглобулінів (Ig) G, A, M у сироватці крові та Ig A в слині визначали за допомогою моноспецифічних сироваток до окремих класів імуноглобулінів виробництва Науково-дослідного інституту епідеміології та мікробіології ім. М.Ф. Гамалеї (Росія) за методом G.Mancini et al., 1965. Для визначення секреторного імуноглобуліну А (sIg A) в слині застосовувалася моноспецифічна сироватка секреторного імуноглобуліну А людини (Науково-дослідний інститут вакцин та сироваток ім. І.І. Мечникова, Росія).

Результати і їх обговорення

З обстежених 120 дітей працівників залізничного транспорту ознаки сполучнот-

канинної дисплазії було виявлено у 67(67%) дітей. Дані показники вірогідно не відрізняються від тих, що отримані по дитячий популяції м. Києва у цілому [7]. Так, нашими дослідженнями було показано, що ознаки НДСТ спостерігаються у 65,8% дітей, мешканців м. Києва. З метою корекції виявлених нами клініко-імунологічних та метаболічних порушень у дітей працівників залізничного транспорту, що мали ознаки недиференційованої дисплазії сполучної тканини та страждали на часті ГРВІ, було розроблено комплексне лікування з включенням раціонального харчування та режиму доби, масажу комірцевої зони, полосканням відварами протизапальних трав зіва та носа, санації інших хронічних вогнищ інфекції за показаннями, лікувальної (дихальної) гімнастики, водних загартовуваних процедур; медикаментозного лікування: ІРС-19 у ніс двічі на добу (14 днів); димефосфон у дозі 40 мг/кг маси тіла, впродовж 20 днів та Імунал по 1 таблетці 2 рази на добу дітям від 3 до 6 років, дітям старше 6 років по 1 таблетці тричі на добу впродовж 20 днів.

Призначення лікувального комплексу обстеженим дітям сприяло зменшенню втомленості (у 18 з 25 дітей), пітливості (у 11 з 15 дітей), поліпшенню сну (у 6 з 8 дітей), апетиту (у 20 з 23 дітей), зникненню міальгій (у 14 з 19 дітей), артралгій (у 10 з 13 дітей). У процесі лікування діти почували себе добре, під час курсу терапії лише 2 (6,66%) дитина захворіла на ГРВІ. Проте у неї змінився характер перебігу захворювання: ГРВІ перебігала більш гостро з високою (38 - 39°C) температурою на протязі 1-2 днів, з одужанням на 5 день. Тоді як до лікування захворювання у дітей перебігали з субфебрильною температурою, продовж 10-14 діб. Нами не було зареєстровано жодних побічних ефектів від застосування комплексної терапії з включенням таблетованої форми Імуналу, димефосфону та ІРС-19.

Результати імунологічних досліджень

свідчать, що комплексна терапія переважно впливала на показники фагоцитозу та місцевої ланки імунітету.

Вплив розробленого лікувального комплексу на показники фагоцитозу у дітей, що страждають на часті гострі респіраторні вірусні інфекції, представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Показники фагоцитозу у дітей, що страждають на часті ГРВІ, під впливом реабілітаційного комплексу (М ± m)

№ з/п	Група дітей	n	Активність фагоцитозу (%)	Інтенсивність фагоцитозу
1	До лікування	30	32,6 ± 2,1	5,6 ± 0,5
2	Після лікування	30	55,9 ± 1,1	5,35 ± 0,4
3	Через місяць після лікування	30	55,3 ± 1,4	5,4 ± 0,3
4	Здорові діти	20	56,8 ± 2,6	5,4 ± 0,1
	P_{1-2}		< 0,05	> 0,05
	P_{1-3}		< 0,05	> 0,05
	P_{1-4}		< 0,05	> 0,05
	P_{2-3}		> 0,05	> 0,05
	P_{2-4}		> 0,05	> 0,05
	P_{3-4}		> 0,05	> 0,05

З таблиці 1 видно, що призначення комплексної терапії дітям сприяло нормалізації рівня фагоцитарної активності. Через місяць після лікування активність фагоцитозу залишалася на тих же показниках, що і зразу після лікування. Реабілітаційний комплекс не впливав на нормальні показники інтенсивності фагоцитозу обстежених дітей ($P_{до, після лікування, через місяць після лікування, здорові діти} > 0,05$).

Оцінюючи результати НСТ - тесту, слід відмітити, що величини спонтанного НСТ - тесту у обстежених дітей не змінювалися після лікування, показники ж стимульованого НСТ - тесту значно підвищувалися після лікування дітей запропонованим лікувальним комплексом у порівнянні з показниками до лікування та у здорових дітей. Через місяць після лікування у дітей показники стимульованого НСТ - тесту ще вірогідно підвищилися у порівнянні з рівнем його до лікування, після лікування та у здорових дітей контрольної групи (табл. 2).

Обчислення фагоцитарного резерву показало, що реабілітаційний комплекс істотно стимулює знижені початкові показники фагоцитарного резерву дітей, які страждають на часті ГРВІ, доводячи їх до нормальних величин після лікування ($P_{після}$

Таблиця 2

Показники НСТ - тесту у дітей, що страждають на часті ГРВІ, під впливом реабілітаційного комплексу (M ± m)

№ з/п	Група дітей	n	Спонтанний НСТ - тест (%)	Стимульований НСТ - тест (%)	Резерв (%)
1	До лікування	30	17,2 ± 1,1	25,5 ± 1,4	8,3 ± 1,1
2	Після лікування	30	16,9 ± 1,6	41,1 ± 2,1	24,2 ± 1,7
3	Через місяць після лікування	30	16,6 ± 1,4	49,3 ± 2,1	32,7 ± 1,7
4	Здорові діти	20	18,1 ± 1,02	40,8 ± 1,44	22,7 ± 1,77
P ₁₋₂			> 0,05	< 0,05	< 0,05
P ₁₋₃			< 0,05	< 0,05	< 0,05
P ₁₋₄			> 0,05	< 0,05	< 0,05
P ₂₋₃			> 0,05	< 0,05	< 0,05
P ₂₋₄			> 0,05	> 0,05	> 0,05
P ₃₋₄			< 0,05	< 0,05	< 0,05

лікування – здорові діти > 0,05). Через місяць після лікування у дітей спостерігалось вірогідне підвищення фагоцитарного резерву проти показників до лікування, після лікування та контрольної групи здорових дітей, тим самим сприяючи підвищенню проти інфекційної активності організму дитини.

Результати дослідження у обстежених дітей показників місцевого імунітету до лікування, зразу після та через місяць застосування реабілітаційного комплексу за даними вмісту в слині IgA та s Ig A представлені у таблиці 3.

Із представлених у таблиці 3 даних видно, що при частих повторних ГРВІ у дітей в слині істотно знижені показники IgA та sIgA. Це вказує на слабкість та неповноцінність місцевого імунітету цієї категорії дітей. Застосування реабілітаційного комплексу дітям, що страждають на часті ГРВІ, сприяло нормалізації рівня s Ig A та Ig A в

слині. Через місяць після лікування показники s Ig A та Ig A не відрізнялися від їх рівня зразу після лікування.

Вивчення показників перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у периферичній венозній крові дітей, що страждають на часті ГРВІ, методом хемілюмінесценції показало, що під впливом реабілітаційного комплексу рівень ПОЛ зменшився у 2,9 разів.

Катамнестичні спостереження за групою дітей, що отримували лікувальний комплекс, у продовж 6 місяців після проведеного комплексного лікування показали, що діти хворіли на ГРВІ рідше. Якщо до лікування вони переносили ГРВІ у середньому 7-10 разів на рік, то після проведеного курсу 13 дітей (43,3%) за півроку захворіло лише 1 раз, 10 дітей (33,3%) захворіло 2 рази, а 7 дітей (23,3%) зовсім не хворіли. При цьому респіраторні захворювання перебігали більш гостро. Катаральні явища утримувалися не більше 5-6 днів, у меншій мірі проявлялися симптоми загальної інтоксикації. Позитивний ефект ми пов'язуємо із застосуванням рослинного імуномодулятора з Ехінацеї пурпурної - Імунал (ЛЕК, Словенія), димефосфону та ІРС-19 на фоні реабілітаційного комплексу, а також з тим,

Таблиця 3

Показники місцевого імунітету у слині у дітей, що страждають на часті ГРВІ, під впливом реабілітаційного комплексу (M ± m)

Групи обстежених дітей	s Ig A, г/л	Ig A, г/л
До лікування (n=30)	0,32 ± 0,02	0,011 ± 0,002
Після лікування (n=30)	0,57 ± 0,02	0,126 ± 0,001
Через місяць після лікування (n=30)	0,55 ± 0,03	0,125 ± 0,001
Здорові діти (n=20)	0,58 ± 0,03	0,125 ± 0,019
P ₁₋₂	< 0,05	< 0,05
P ₁₋₃	< 0,05	< 0,05
P ₁₋₄	< 0,05	< 0,05
P ₂₋₃	> 0,05	> 0,05
P ₂₋₄	> 0,05	> 0,05
P ₃₋₄	> 0,05	> 0,05

що батьки дитини, отримавши відповідні інструкції, в подальшому більше уваги приділяли раціональному харчуванню, режимним моментам, лікувальній гімнастиці, загартовуванню своїх дітей, що, безперечно, сприяло закріпленню отриманого результату. Враховуючи дані катамнестичні, курси лікування рекомендовано проводити двічі або тричі на рік.

Таким чином, результати виконаних клініко-лабораторних досліджень та динамічних клінічних спостережень свідчать про те, що дітям, які страждають на часті ГРВІ та мають ознаки НДСТ з метою укріплення їх здоров'я, нормалізації імунних зсувів, можна рекомендувати розроблений нами реабілітаційний комплекс. Застосування лікувального комплексу у дітей з ознаками НДСТ, що страждали на часті ГРВІ, сприяло зменшенню кількості ГРВІ у них, зміні клінічної картини ГРВІ (якщо захворювання і виникали, то перебіг був більш гострий з скороченням строків хвороби), нормалізації імунного статусу та обміну речовин.

Метод лікування порушень імунітету у дітей з ознаками НДСТ, що страждали на часті ГРВІ, є простий, доступний, неінвазивний, дешевий, ефективний, що дозволяє рекомендувати його для широкого застосування.

Висновки

1. Застосування розробленого лікувального комплексу у дітей, які часто хворіють на ГРВІ та мають ознаки НДСТ, сприяє поліпшенню загального стану здоров'я дитини та підвищенню резистентності її організму до ГРВІ.
2. Застосування лікувального комплексу сприяло поліпшенню активності фагоцитозу, покращенню кисень-залежного метаболізму нейтрофілів, підвищенню рівня IgA та sIgA у слині дітей, що страждають на часті ГРВІ, тим самим підвищувало захист дитини на перших та подальших етапах розвитку інфекційного процесу.
3. Розроблений лікувальний комплекс має антиоксидантну активність, сприяючи зменшенню рівня переокисного окислення ліпідів у периферичній венозній крові дітей, що страждають на часті ГРВІ.
4. Метод лікування дітей з ознаками НДСТ, що страждають на часті ГРВІ, простий у виконанні, доступний за ціною, може бути рекомендований для застосування з профілактичною та лікувальною метою.

Перелік посилань

- 1 Мозалевський А.Ф. Проблема частохворюючих дітей за матеріалами Х з'їзду

педіатрів України " Проблеми педіатрії на сучасному етапі " // Педіатрія, акушерство та гінекологія.-2000.-№5.- С.69-72.

- 2 Воронцов И.М. Здоровье и нездоровье ребенка как основа профессионального мировоззрения и повседневной практики врача // Рос. педиатрический журнал. - 1999. - № 2. - С.6-13.
- 3 Баранов А.А. Проблемы роста и развития здорового ребенка: теоретические и научно-практические проблемы // Российский педиатрический журнал. - 1999. - № 2. - С.4-6.
- 4 Гинзбург Б.Г. Методы определения частоты врожденных пороков развития и врожденных морфогенетических вариантов у детей в системе генетического мониторинга // Педиатрия. - 1999. - № 4. - С. 41-44.
- 5 Гречанина О.Я., Бугайова О.В., Богатирьова Р.В. Спектр та частота дисплазії сполучної тканини вимагають впровадження скринуючих програм серед новонароджених //Педіатрія, акушерство та гінекологія.-2001. - №2.- С.63.
- 6 До питання про етіологічні та патогенетичні фактори розвитку і перебігу повторних респіраторних захворювань у дітей / А.О.Андрущук, О.В.Тяжка, Л.Р.Помиткіна, О.П.Вінницька, Т.Л.Лутай // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1999. - № 4. - С.69.
- 7 Починок Т.В., Тяжка О.В., Сміхульська Р.І., Горобець Н.І., Васькова М.М., Антошкіна А.М., Гаврилова О.В., Барзилович А.Д., Козинкевич Г.Є. Клініко-імуннологічні особливості дітей з ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини, що страждають на часті ГРВІ // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2005. - № 1. - С.69- 75.
- 8 Bitter I., Muir H.A. Modified uronic acid carbosol reaction // Anial. Biochem.-1968.-V.4.- №4.-P.240-244.
- 9 Перфилов В.П., Перилова Т.Н., Левенец Л.С. Применение бензоилсульфонилхлорида (хлорамина Б) в качестве окислителя при определении оксипролина // Рационализаторские предложения и изобретения в медицине.-Б.и., 1974.- С168.

Резюме

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ИММУНИТЕТА
У ДЕТЕЙ РАБОТНИКОВ
ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА,
ЧТО ИМЕЮТ ПРИЗНАКИ
НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
И ЧАСТО БОЛЕЮТ ОРВИ

*Починок Т.В., Тяжка О.В., Безпалько
Ю.М., Братусь О.П.*

Применение разработанного лечебного комплекса у детей, которые часто болеют ОРВИ и имеют признаки НДСТ, способствует улучшению общего состояния здоровья ребенка и повышению резистентности ее организма к ОРВИ за счет улучшения активности фагоцитоза, кислород-зависимого метаболизма нейтрофилов, повышения уровня IgA и sIgA в слюне детей, которые часто болеют ОРВИ, тем самым повышая защиту ребенка на первых и последующих этапах развития инфекционного процесса.

Разработанный лечебный комплекс обладает антиоксидантной активностью, способствуя уменьшению уровня перекисного окисления липидов в периферической венозной крови детей, часто болеющих ОРВИ.

Метод лечения детей с признаками НДСТ, часто болеющих ОРВИ, прост в реализации, доступен по цене и может быть

рекомендован для применения в профилактических и лечебных целях.

Summary

CONNECTIVE TISSUE AND FREQUENTLY
RECURRENT RESPIRATORY ACUTE VIRAL
INFECTIONS

*Pochinok T.V., Tyazhka O.V., Bezpalko Yu.M.,
Bratus O.P.*

The group under study consisted of the children with frequently recurrent respiratory viral infections (FRRVI, n = 100, 40 girls and 60 boys) aged from 3 to 6 years old. A profound clinical and laboratory investigations have been performed for 69 children with the signs of non-differentiated displasia of connective tissue (NDDCT) and FRRVI. They have examined venous blood, saliva (both had been taken on an empty stomach in the morning) and daily urine. Connective tissue has been inquested by glycosoamineglycane dynamics and oxiprolin level. The signs of NDDCT have been revealed in 65,8% of the children under examination. They underwent specially evolved curative complex with an inclusion of physical and medicamental factors. Its use favoured phagocytosis activity increase, improvement of O2-dependent metabolism of neutrophils, increase of IgA and sIgA levels, decrease of lipids peroxidation, etc. The curative techniques developed allow to improve the state of health in the children with initial signs of NDDCT and FRRVI.

УДК: 616.61-089.841-07

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА УСКЛАДНЕНЬ
ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ТА ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ
ВАПОРЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА РАК
ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**

*Шуляк О.В., Пасічник С.М., Журавчак А.З.
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО*

Вступ

Рак передміхурової залози (РПЗ) - одне з самих розповсюджених онко-урологічних захворювань серед чоловіків. Досить часто одними з перших симптомів (РПЗ) є функціональні розлади уродинаміки (хронічна затримка сечі яка проявляється поллакіурією, ніктурією, странгурією, а інколи першим симптомом є гос-

тра затримка сечі при первинному зверненні до лікаря) причому дані симптоми не являються специфічними, але завжди зустрічаються при (РПЗ), суб'єктивні скарги на початку хвороби є досить незначними та короткотривалими наприклад: біль в малому тазу з іррадіацією в промежину та пряму кишку.

В пізніх стадіях (РПЗ) тумор може проростати в інтрамуральний відділ сечо-