



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
Всеукраїнської науково - практичної конференції з
міжнародною участю
«Узагальнення досвіду теоретичної та практичної роботи
дерматовенерологічної спільноти країни та світу»
22 травня 2026 р.**

**М. ЗАПОРІЖЖЯ
2026**

ЗМІСТ

Бачурін Г.В., Коломоєць Ю.С., Ломака С.С.

ФАЛОПРОТЕЗУВАННЯ: ІСТОРІЯ, ТИПИ ІМПЛАНТАТІВ ТА РОЛЬ У ЛІКУВАННІ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ.....7

Візір В.А., Деміденко О.В., Приходько І.Б.

ПЕРСОНАЛІЗОВАНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИЧНИХ ТА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНИХ АЛГОРИТМІВ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ КОРОНАРНИМИ СИНДРОМАМИ.....10

Візір В.А., Деміденко О.В., Токаренко О.І., Токаренко О.О., Шолох С.Г.

ВПЛИВ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРУ НА СТРАТЕГІЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ.....14

Волкова Ю.В., Драковцева Л.В.

ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОБІОЛОГІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ.....18

Ганжий І.Ю., Шаповал О.С., Кирилюк О.Д.

ПОЛІП ТІЛА МАТКИ.....20

Головкін А.В.

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МІКОЗІВ ШКІРИ.....26

Земляна Н.А., Земляний Я.В., Гайдай Н.В.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ ОНКОГЕНЕЗУ ПРИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСАХ ЕНДОМЕТРІЯ В ПОЄДНАННІ З МІОМОЮ МАТКИ ТА СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....29

Кириченко М.М., Дейніченко О.В., Кириченко Л.В.

РОЛЬ АНГІОГЕННИХ МАРКЕРІВ У СУЧАСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА ПРОГНОЗУВАННІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ.....31

Коваленко А.Ю.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИОКСИДАНТНИХ ПРЕПАРАТІВ В ТЕРАПІЇ КОВІДНОЇ ІНФЕКЦІЇ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕНЬ.....34

ФАЛОПРОТЕЗУВАННЯ: ІСТОРІЯ, ТИПИ ІМПЛАНТАТІВ ТА РОЛЬ У ЛІКУВАННІ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Бачурін Г.В.

д.мед.н., професор кафедри урології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Коломоєць Ю.С.

Кандидат медичних наук, асистент кафедри урології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Ломака С.С.

асистент кафедри урології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Незважаючи на широке використання пероральних інгібіторів фосфодіестерази 5-го типу та інтракавернозних ін'єкцій, імплантація пенільного протеза залишається актуальним методом лікування еректильної дисфункції (ЕД). Багато пацієнтів стають резистентними до консервативної терапії або потребують постійного ефективного рішення. Згідно з рекомендаціями AUA та EAU, фалопротезування є терапією третьої лінії при ЕД, яка не реагує на інгібітори ФДЕ-5, вакуум-еректильні пристрої, уретральні супозиторії алпростадилу та інтракавернозні ін'єкції.

Перший синтетичний імплантат створили В. Гудвін та В. Скотт у 1952 році, використавши акриловий стент під фасцією Бака. Сучасний силіконовий імплантат з'явився завдяки розробкам NASA. У 1964 році Леш та інші імплантували силікон для лікування хвороби Пейроні, а в 1967 році Пірман удосконалив розташування стрижня. Проте ці ранні моделі мали високий рівень ускладнень.

Прорив стався 1973 року, коли Ф. Brentлі Скотт створив гідравлічний механізм із резервуаром, насосом і надувними циліндрами – попередник сучасних трикомпонентних протезів. Він заснував American Medical Systems (AMS, нині Boston Scientific). У 1975 році Смолл і Карріон запропонували

напівжорсткий імплант із промежинним доступом. Далі з'явилися Flexi-Rod (1977), протез Jonas & Jacob (1980), AMS 600M (1983). У 1986 році Dacomed представила OmniPhase, але через обрив троса він не набув поширення; його замінив DuraPhase II (1992).

У 1985 році вийшов двокомпонентний AMS Hydroflex, у 1988 році – Mentor GFS (нині Coloplast), у 1994 – AMS Ambicor. Трикомпонентні пристрої (понад 80% ринку США) почалися з AMS 700 (1983), потім AMS 700 CX (1987), Ultrex (1990). Пізніше з'явилися тактильні насоси та блокувальні клапани Coloplast, що знизили автонадування до 1,3%.

Ненадувні (напівжорсткі) протези – два силіконові стрижні з металевим сердечником (наприклад, з нітинолу). Постійно тримають пеніс у напівжорсткому стані, що дозволяє згинати його для акту або маскуванню. Переваги: простота, надійність, низька ціна, МРТ-сумісність. Діаметр 9,5–13 мм, довжина 14–27 см. Приклади: Tactra, Genesis (Coloplast), AMS 600 Spectra (Boston Scientific) з шарнірними сегментами.

Надувні протези складаються з циліндрів у кавернозних тілах, насоса (у калитці) та (у трикомпонентних) окремого резервуара. Вони імітують фізіологічну ерекцію.

Двокомпонентні – помпа виконує роль резервуара. Стискання помпи перекачує рідину в циліндри; натискання клапана повертає її назад. Немає окремого резервуара, що спрощує конструкцію.

Трьохкомпонентні – мають окремий резервуар (імплантується під м'язи передньої черевної стінки або в малому тазі). Забезпечують найбільш природну ригідність та обхват. При стисканні насоса рідина з резервуара наповнює циліндри; для детумесценції – клапан скидання.

Фалопротезування є золотим стандартом лікування ЕД, резистентної до консервативної терапії. Напівжорсткі протези – прості та надійні, двокомпонентні – компромісний варіант, трикомпонентні – найбільш

фізіологічні. Вибір залежить від клінічної ситуації, побажань пацієнта та досвіду хірурга. Розуміння еволюції цих пристроїв необхідне для обґрунтованого клінічного рішення.