



До 10 доби спостерігалось зниження стимуляції та в хворих підгрупи Б, до цього часу їх продукція ІЛ-6 досягала рівня хворих підгрупи А. При дослідженні продукції ІЛ-8 МНК периферичної крові хворих на АС у підгрупах А і Б відзначалась різноспрямована динаміка продукції ІЛ-8. При оцінці спонтанної продукції ІЛ-8 МНК на початку захворювання (1 доба) продукція ІЛ-8 у підгрупі А була достовірно підвищена відносно показника у хворих підгрупи Б. Продукція ІЛ-10 МНК периферичної крові як спонтанна, так і індукована лігандами TLR на початку (1 доба) захворювання була достовірно вище у хворих підгрупи А. До 3 доби перебігу АС у хворих підгрупи відбувалося зниження спонтанної і індукованої продукції ІЛ-10, в цьому періоді достовірних відмінностей між хворими підгруп А і Б не було. До 7 доби перебігу АС у хворих підгрупи А, порівняно з підгрупою Б, знову відбувалося збільшення продукції ІЛ-10. До 10 доби до цього ж рівня продукції прирівнюються і хворі підгрупи Б, в цьому періоді достовірних відмінностей між обстежуваними підгрупами не спостерігалось.

Таким чином, у результаті проведених досліджень на даному етапі, можна сформулювати новий діагностичний критерій, який дозволяє в ранні терміни розвитку АС прогнозувати його подальший перебіг із виділенням градацій ймовірності розвитку ускладнень. Так, на 1 добу частка ІЛ-6 в спонтанній продукції досліджуваних цитокінів на рівні 11 % є межею розподілу, по якій слід судити про подальший перебіг АС. На 3 добу перебігу АС можливе уточнення зроблених раніше припущень: значення частки ІЛ-6 та ІЛ-8 в спонтанній продукції цитокінів МНК 87 %, відповідно, дозволяють припустити подальшу позитивну динаміку перебігу АС. Підвищення частки ІЛ-6 у спонтанній продукції >15 % з одночасним зниженням частки ІЛ-8 <81 % погіршує прогноз перебігу АС із високою ймовірністю розвитку ускладнень.

**Федорук О.С.**

## **ЗМІНИ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ ЯК ФАКТОР СУДИННИХ КАТАСТРОФ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ**

*Кафедра урології та нейрохірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

На даний час доброякісна обструкція простати (ДОП) займає одне з провідних місць у структурі захворювань чоловіків похилого та старечого віку в урологічній практиці. Багаточисленні експериментальні та клінічні дослідження по вивченню патогенетичних механізмів розвитку ренальної дисфункції (РД) вказують на те, що незалежно від етіології ішемія є основним чинником гибелі нефронів. На даний час неможливо адекватно лікувати цю патологію не враховуючи ішемію ниркової тканини. Враховуючи, що трансуретральна резекція (ТУР) передміхурової залози найбільш часто проводиться чоловікам літнього та старечого віку, актуальності набуває дослідження змін гомеостазу в даній групі пацієнтів. З'ясування стану фібринолізу та удосконалення шляхів корекції його порушень при оперативному лікуванні даної патології допоможе зменшити операційний ризик.

Мета дослідження - з'ясувати стан фібринолітичної активності крові при оперативному лікуванні пацієнтів із ренальною дисфункцією внаслідок доброякісної обструкції простати. Обстежено 150 пацієнтів, яким було виконано ТУР передміхурової залози з приводу ДОП. Середній вік хворих склав  $67,0 \pm 5,8$  років. Визначення показників фібринолізу в сироватці крові проводилось до оперативного втручання, під час його проведення та через 3 і 7 діб після ТУР передміхурової залози.

При аналізі даних, які були отримані, з'ясовані загальні тенденції змін показників фібринолітичної активності. Встановлено, що під час виконання ТУР простати в сироватці крові відбувалось значне зменшення фібринолітичної активності. Такі показники, як сумарна, ферментна та не ферментна фібринолітична активність були достовірно меншими ( $p < 0,05$ ), ніж до оперативного втручання. Через 3 доби зміни даних показників мали тенденцію до збільшення, а сумарна фібринолітична активність була достовірно вищою



( $p < 0,05$ ), ніж до виконання операції. На 7 день післяопераційного періоду показники фібринолітичної активності сироватки крові дорівнювали передопераційним.

Таким чином, під час та після ТУР простати відбувається значне пригнічення фібринолітичної системи крові, що є передумовою для виникнення судинних катастроф, зокрема тромемболії легеневих артерій. Подальші дослідження змін стану фібринолізу та з'ясування шляхів більш досконалої корекції даних змін при виконанні ТУР передміхурової залози допоможуть зменшити операційний ризик.

**Шутка В.Я.**

## **ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ**

### **ХРОНІЧНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ ГЕМАТОМ В ОСІБ СТАРШОГО ВІКУ**

*Кафедра урології та нейрохірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

Метою нашої роботи було вивчення особливостей клініки, діагностики та лікування хронічних внутрічерепних гематом в осіб старшого віку.

Упродовж 2010 - 2020 років нами проведено хірургічне лікування хронічних внутрішньочерепних гематом у 114 пацієнтів в віці від 60 до 78 років. Найбільший відсоток (90) зареєстрований у віковій групі понад 60 - 65 років, частіше в осіб чоловічої статі – співвідношення становить 5 до 1. В клінічній картині захворювання на перший план виступали загальномозкові симптоми (головна біль, нудота, запаморочення, оглушеність) наростаючого характеру з послідуочим приєднанням, причому тільки у 25% хворих, локальної неврологічної симптоматики - гемі та монопарези, моторна афазія, анізокорія.

Брадикардія спостерігалась тільки у 28 %. Світлий проміжок тривав від 3 тижнів до 6 місяців. Особливо необхідно відмітити, що 52% пацієнтів старшого віку не могли вказати на наявність черепно-мозкової травми в попередньому періоді життя. При офтальмоневрологічному обстеженні явища застою зорового нерва виявлені у 44% хворих. В основному такі пацієнти лікуються в неврологічних стаціонарах та амбулаторно і неефективність консервативної медикаментозної терапії являлась показом для призначення та проведення комп'ютерно-томографічного обстеження головного мозку. Останнє являлось вирішальним в установці діагнозу хронічної субдуральної гематоми і пацієнти скеровувались в нейрохірургічний стаціонар.

Після ретельного обстеження при наявності хронічних серцево-судинних та легеневих, ниркових і ін. патологій з явищами недостатності, що не дозволяло використання інтубаційного наркозу, операції проводились під місцевою анестезією (12 хворих). При відсутності протипоказів використовувався інтубаційний наркоз.

При проведенні операцій нами використано один фрезевий отвір - у 82 хворих, два - фрезевих отвори у 21, і фрезевий отвір, який в подальшому розширений резекцією кістки - у 11. Хірургічне лікування заключалось у видаленні гематоми, промиванні її порожнини та наступному дренажуванні через операційну рану на протязі 1 - 3 діб. Особливістю хірургічної тактики при видаленні хронічної гематоми являється досягнення повного або часткового розправлення мозку та забезпечення доступу цереброспинальної рідини в порожнину гематоми. Отже, нами не встановлено взаємозв'язку між об'ємом операції і найближчими та віддаленими результатами. Контрольні томографічні обстеження, проведені через 2 - 4 місяці, у всіх пацієнтів показали повне розсмоктування капсули гематоми та розправлення головного мозку, у 90% виявлені ознаки судинних енцефалопатій.

Таким чином, відсутність в анамнезі черепно-мозкової травми у осіб старшого віку не являється достовірною ознакою для виключення діагнозу хронічної субдуральної гематоми, а при проведенні оперативного втручання доцільно використовувати мінімально інвазивну операцію фрезевої трепанації.