

Відмітимо, що застосування стандартного комплексу методів післяопераційного моніторингу не давало змоги вчасно розпізнати розвиток післяопераційних інтраабдомінальних ускладнень, оскільки звичайні клінічні прояви післяопераційного періоду маскували ознаки ускладнень, а проведені дослідження свідчать, що визначення ОГПВК може стати добрим доповненням до комплексу заходів з післяопераційного моніторингу в абдомінальній хірургії.

## МІСЦЕ КРІОКОНСЕРВАЦІЇ СПЕРМАТОЗОЇДІВ У СТАНДАРТАХ ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

К.А. Владиченко

Медичний центр лікування безпліддя м. Чернівці, reprod.cv@gmail.com

У структурі онкологічної патології дедалі частіше спостерігається тенденція до зростання кількості хворих молодого віку. При встановленні онкологічного діагнозу лікування пацієнта потребує застосування променевої, хіміо-, імуно-, гормонотерапії. Ці методи лікування призводять до пошкодження гермінативного епітелію, часто незворотного характеру. За міжнародною класифікацією ВООЗ, безпліддя в онкологічних хворих, які отримують специфічну терапію, не виокремлюється та розглядається як ятрогенне або надбане ураження яєчок.

Під час перебігу захворювання з непластичними процесами відбувається припинення імпульсної секреції ЛГ, зниження концентрації загального та вільного тестостерону, зростання катаболічних процесів.

Загальноновизнано, що променева терапія у низьких дозах менше впливає на сперматогенез, ніж хіміотерапія. Якщо стовбурові клітини герміногенного епітелію непошкоджені, то через 60–70 днів в еякуляті з'являються сперматозоїди.

Встановлено, що фракціонування дози опромінення збільшує пошкодження стовбурових клітин герміногенного епітелію. При променевої терапії екранування яєчок дозволяє зменшити їх ушкодження, але розсіяна доза опромінення (близько 2% від загальної) доволі часто перевищує поріг пригнічення сперматогенезу.

Хіміотерапія призводить до порушення ДНК сперматогоній. Наприклад, андріаміцин, вінкрисдин, метотрексат викликають постійну азооспермію в 16% хворих підліткового віку. При призначенні препарату цисплатин азооспермія виникає в 37% хворих підліткового віку. Проведення курсу лікування циклофосфамідом або прокарбазином призводить до безпліддя в 68%. Ризик незворотної азооспермії збільшується при комбінації променевої та хіміотерапії.

За останні роки кріоконсервація сперматозоїдів стає все більш розповсюдженою процедурою. У спеціалізованих центрах репродукції сперматозоїди для кріоконсервації, окрім звичайних шляхів, при необхідності можна отримати за допомогою мікрохірургічних технологій (TESA, PESA, MESA). Розмова з хворим про кріоконсервацію сперматозоїдів відбувається на фоні важкого психологічного стану. Тому рекомендується не включати в дану програму пацієнтів з невизначеною перспективою виживання (IV клінічна група). У той же час визнається, що кріоконсервація сперматозоїдів деякою мірою може психологічно підтримати хворого. У багатьох країнах ця процедура включена в стандарти лікування онкологічних хворих репродуктивного віку.

Спеціалісти медичного центру лікування безпліддя мають досвід роботи з хворими на онкологічну патологію. Проводиться кріоконсервація сперматозоїдів пацієнтів даної групи. У пацієнта III клінічної групи є здорова дитина, народжена після програми ICSI.

У пацієнтів фертильного віку з благоприємним прогнозом виконання кріоконсервації сперматозоїдів і ДРТ допомагають реалізувати плани подружнього життя, покращують медико-соціальну адаптацію та якість життя.

### **ЗМІНИ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ ЯК ФАКТОР СУДИННИХ КАТАСТРОФ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**

О.С. Федорук, К.А. Владиченко, М.С. Степанченко

Буковинський державний медичний університет м. Чернівці, vladychenko@meta.ua

На даний час доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) 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 реальної дисфункції (РД) вказують на те, що незалежно від етіології ішемія є основним чинником гибелі нефронів. На даний час неможливо адекватно лікувати дану 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 гіперплазії передміхурової залози.

Матеріал і методи. Обстежено 150 пацієнтів, яким було виконано ТУР передміхурової залози з приводу ДГП. 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.

Результати дослідження та їх обговорення. 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 неферментна 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.

Висновки. 1. Під час та після ТУР простати відбувається значне пригнічення фібринолітичної системи крові, що є передумовою для виникнення судинних катастроф. 2. Подальші дослідження змін стану фібринолізу та з'ясування шляхів більш досконалої корекції даних змін при виконанні ТУР передміхурової залози допоможуть зменшити операційний ризик.

### **ДІАГНОСТИКА МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СТРОМАЛЬНОГО КОМПОНЕНТУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ**

К.А. Владиченко

Буковинський державний медичний університет м. Чернівці, vladychenko@meta.ua

Вступ. Проблема ранньої діагностики рака передміхурової залози (РПЗ) та дифдіагностики з доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ) залишається актуальною. На даний час за даними статистики у багатьох країнах РПЗ