

Статистична обробка отриманих даних була проведена з використанням пакетів прикладних програм «Statistica» (StatSoft Inc. США, версія 7.0).

**Результати та їх обговорення.** Кожна із вивчених нозологій характеризувалася різним рівнем циркулюючої дефрагментованої ДНК в сироватці крові. ДНК-фрагментація у сироватці крові була найбільш виявлена у хворих на пухлинні захворювання нирок, рак сечового міхура і передміхурової залози, а саме у хворих на нирково-клітинний рак, пухлину Вільмса, аденокарциному передміхурової залози, рак сечового міхура (78,6±7,7; 61,9±8,9; 76,98±8,5; 82,7±9,1; відповідно). У хворих на доброякісні пухлини нирок, передміхурової залози та сечового міхура рівень cfDNA був значно менший: у хворих на ангіоміоліпоматоз нирки

(65,52±10,1) у 1,2 разу менше у порівнянні з групою хворих на нирково-клітинний рак (78,6±7,7) і у 1,1 разу ніж у дітей з пухлиною Вільмса (71,9±8,9). У хворих на доброякісну гіперплазію простати рівень циркулюючої у крові cfDNA був (48,5±7,8) у 1,6 разу менше, ніж у хворих на аденокарциному простати. У хворих на фіброепітеліому сечового міхура (42,4±5,9) майже у 2 рази нижче, ніж у хворих на рак сечового міхура.

**Висновки.** Методика детекції апоптозу за вільною безклітинною фрагментованою ДНК циркулюючих апоптозних тілець нирок, сечового міхура, передміхурової залози – доступна й відтворювана, що уможливорює застосування цього методу у хворих на урологічний рак в діагностико-прогностичних цілях і виборі хірургічної стратегії.

## ПАРЦІАЛЬНА ЦИСТЕКТОМІЯ З АД'ЮВАНТНОЮ ХІМІО- АБО ПРОМЕНЕВОЮ ТЕРАПІЄЮ ПРИ М'ЯЗОВО-ІНВАЗИВНОМУ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

*С.О. Возіанов<sup>1</sup>, В.С. Сакало<sup>1</sup>, З.В. Гацереція<sup>2</sup>, В.В. Мрачковський<sup>2</sup>,  
А.В. Сакало<sup>1</sup>, Ю.Ю. Куранов<sup>2</sup>, А.В. Кондратенко<sup>2</sup>,  
П.М. Салій<sup>2</sup>, Я.В. Левчишин<sup>2</sup>, Б.М. Навроцький<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ДУ «Інститут урології НАМН України»

<sup>2</sup> Київський міський клінічний онкологічний центр

**Вступ.** Рак сечового міхура (РСМ) посідає 9-те місце в структурі онкологічної захворюваності у світі і 2 місце серед усіх онкоурологічних захворювань. У 30% випадків вперше виявленого РСМ визначається інвазія в м'язовий шар. Проблема лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура (МІРСМ) є складною і актуальною, оскільки переважна більшість діагностованих випадків МІРСМ є низькодиференційованими з високим ступенем злоякісності. Лікувальні опції є дискусійними та визначаються значною варіабельністю і включають радикальну або парціальну цистектомію, неоад'ювантну та ад'ювантну хіміотерапію та променевою терапію [NCCN guidelines, 2018].

**Мета дослідження:** покращити безпосередні та віддалені результати лікування хворих на МІРСМ, шляхом обґрунтування показань до вибору органозберігаючих оперативних втручань з ад'ювантною хіміопротивоположною терапією.

**Матеріали і методи дослідження.** Протягом 2008–2018 рр. було виконано 228 парціаль-

них цистектомій. У всіх випадках діагноз було встановлено за результатами УЗД, КТ або МРТ та підтверджено морфологічно дослідженням біоптатів. У подальшому був проведений ретроспективний аналіз історій хворіб пацієнтів. Згідно з TNM-класифікацією розподіл пацієнтів був наступним: T1 – 47 (20,6%), T2a-b – 138 (60,5%), T3 – 43 (18,9%). За ступенем диференціювання виявлено: з високим ступенем (G1) – 22 (9,6%), помірним (G2) – 145 (63,6%), низьким (G3) – 61 (26,8%) пацієнтів. У ході проведеного лікування 140 (61,4%) пацієнтам виконано парціальну цистектомію, 47 (20,6%) – парціальну цистектомію з ад'ювантною променевою терапією, 41 (18%) – парціальну цистектомію з ад'ювантною хіміотерапією (цисплатин+гемцитабін).

**Результати та їх обговорення.** У процесі ретроспективного вивчення 88 історій хвороб пацієнтів на МІРСМ після парціальної цистектомії з ад'ювантною хіміо- та променевою терапією було досягнуто 5-річної загальної виживаності у 51,75% пацієнтів, канцер-специфіч-

ної виживаності – у 62%, безрецидивної виживаності – у 39%. Середня тривалість спостереження складала 6 років. Застосування ад'ювантної хіміопроменевої терапії впливала на загальну виживаність. Порівняння результатів лікування хворих, які перенесли тільки оперативне втручання з пацієнтами після оперативного і/або хіміопроменевої терапії показала, що після

комбінованого лікування канцер-специфічна виживаність була на 8,6 % вища.

**Висновки.** Потенційними перевагами органозберігаючих втручань в комбінації з ад'ювантною поліхіміотерапією і/або променевою терапією є покращення якості життя хворих при задовільних безпосередніх і віддалених онкологічних результатах.

## ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЇ БІОПСІЇ ПРОСТАТИ

*М.А. Довбиш, О.Б. Унгурян, І.М. Довбиш, О.М. Міщенко*

*Запорізький медуніверситет*

**Вступ.** Рак передміхурової залози (РПЗ) займає 3-тє місце в структурі онкологічної захворюваності чоловічого населення. Провідними методами діагностики РПЗ є пальцьове ректальне дослідження (ПРИ), визначення рівня простатспецифічного антигену (ПСА) в крові, трансректальне ультразвукове дослідження простати (ТРУЗІ). Для верифікації захворювання використовується морфологічне дослідження та трансректальна мультифокальна біопсія передміхурової залози (ПЗ) під ультразвуковим контролем.

**Мета дослідження:** визначити характер ускладнень при трансректальній мультифокальній біопсії ПЗ і виробити методи їх профілактики.

**Матеріали та методи дослідження.** Спостерігали 177 хворих, яким здійснена трансректальна мультифокальна біопсія ПЗ під ультразвуковим контролем. Вік пацієнтів становив  $66,5 \pm 14$  року, а рівень ПСА –  $13,4 \pm 2,4$  нг/мл. Біопсію ПЗ виконували з 10–12 точок. Перед біопсією проводили дослідження – загальний аналіз крові і сечі, коагулограма, ЕКГ, УЗД нирок і сечових шляхів, ТРУЗІ, ПСА крові.

**Результати та їх обговорення.** Найчастішим ускладненням була гематурія, яка виникла у 98 хворих (55,2%). Тривалість її була протягом 6–8 годин у 70 випадках, протягом доби – у 23 хворих, більше доби гематурія тривала у 5 осіб. Наступним за частотою ускладненням був біль у промежині і анальному кільці, який зустрічався у 56 (31,6%) випадках. Він купірувався призначенням диклобера в свічках протягом 3–4 діб. Гемоспермія виникала у 38 випадках (21,4%) і не мала клінічної значущості. 3 ускладнень запального характеру найчастіше виникав гострий простатит у 25 осіб (14,1%), який

купірувався за допомогою антибактеріальної терапії. Гострий орхоепідидиміт розвивався через 3–4 доби після пункції у 5 чоловіків (2,8%). Консервативне лікування у всіх випадках дало позитивний результат. Гостра затримка сечі була у 5 хворих (2,8%) і потребувала установки постійного катетера, призначення протизапальної терапії. Після пункції кров'янисті виділення із прямої кишки мали місце у 16 пацієнтів (9,0%), що не вимагало гемостатичної терапії. Із 177 хворих у 105 було по 2 ускладнення (біль і гематурія). У 35 випадках було три ускладнення (гематурія, гострий простатит, гемоспермія).

Спостереження дозволило нам виробити алгоритм заходів для зменшення частоти ускладнень. Відповідно до алгоритму під час пальцьового огляду необхідно звертати увагу на наявність гемороїдальних вен. За добу до біопсії призначали фторхінолонові антибіотики або тетрациклінові антибіотики (юнідокс). Після біопсії прийом антибіотиків тривав 5 діб. Гемостатична терапія призначалась після біопсії (дицинон, етамзілат) у залежності від ступеня вираженості гематурії. Больові відчуття легко купіруються 3-добовим прийомом нестероїдних препаратів у свічках. Подібний підхід для профілактики ускладнень дає можливість знизити їх частоту в 2,3 разу.

### **Висновки**

1. За добу до біопсії ПЗ для профілактики ускладнень необхідно призначати антибіотики фторхінолонового або тетрациклінового ряду, що зменшує їх частоту в 2,3 разу.

2. П'ятидобовий період проведення антибактеріальної терапії є найбільш оптимальним терміном при біопсії простати, а знеболювальна і гемостатична – у залежності від тривалості больової реакції і гематурії.