

3 пацієнти контрольної групи отримували карбоплатин у зв'язку із віком, супутньою патологією та ознаками ниркової недостатності та 2 – переведені на карбоплатин в зв'язку з непереносимістю цисплатину. В подальшому опромінення підводили на boost – ложе пухлини в СВД=20,0 Гр (РВД = 2,0 Гр). Отже, сумарна доза на сечовий міхур за весь курс ХПТ становила 65,0 Гр. При цьому навантаження на оточуючі тканини та критичні структури знаходилось в межах їх толерантності.

У більшості пацієнтів в процесі та після лікування спостерігали променеві реакції: променевий цистит 1–2 ст. та проктит 1–2 ст. Променеві цистити купірували за допомогою медикаментозної терапії (внутрішньоміхурові інстиляції, уроантисептики тощо), що дозволило пацієнтам задовільно та без перерв отримати повний курс ХПТ. Для інтравезикальних інстиляцій застосовували Контроцист® в режимі індуктивного циклу (6 інстиляцій щотижня), з

подальшим переходом на підтримуючий цикл (4 інстиляції кожні 2 тижні та 4 інстиляції щомісяця). Рецидиви після проведеного лікування виявлено у 4/0 (18,2%/0), пролонгація процесу – у 1/0 (4,5%/0) пацієнтів контрольної та дослідної груп відповідно. Летальність – 3 хворих (13,6%) контрольної групи, внаслідок гострої серцево-судинної недостатності. Безрецидивний період спостереження становив максимальний – 66/91 місяці, середній – $22,38 \pm 15,03$ та $33 \pm 30,3$ міс в контрольній та дослідній групах відповідно.

Отже, адекватний локальний контроль надає можливість зберегти СМ і нівелює необхідність в РЦЕ. А застосування платиновмісної хіміотерапії в неоад'ювантному режимі перед ТУР новоутворення СМ дозволяє значно покращити найближчі та віддалені результати тримодальної ОЗКТ МІРСМ. Однак невелика кількість пацієнтів в дослідній групі дозволяє робити лише попередні висновки і вимагає подальшого дослідження.

ЗНАЧЕННЯ БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ РЕЦИДИВУЮЧОМУ ЦИСТИТІ

В.П. Стусь, Н.В. Гавва

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Інфекція сечовивідних шляхів (ІСШ) – це запальна реакція епітелію сечовивідного тракту у відповідь на дію патогенних мікроорганізмів, переважно бактерій (Schaeffer A.J., 2002). Майже в половині жінок протягом життя спостерігається принаймні один епізод циститу. До 24 років приблизно кожна третя жінка хоча б один раз перенесла гострий цистит. Фактори ризику включають статевий акт, появу нового статевого партнера, використання сперміцидів, ІСШ в анамнезі матері та епізод ІСШ у дитячому віці. При неускладненому циститі та пієлонефриті спостерігається спектр збудників: *Escherichia coli* становить 70–95% випадків, а *Staphylococcus saprophyticus* – 5–10%. У рідкісних випадках виділяються інші ентеробактерії, включаючи *P. mirabilis* і *Klebsiella spp.* (Рекомендації ЕАУ, 2019).

Актуальність проблеми інфекцій сечових шляхів і нирок зумовлена значною їх поширеністю та високим ризиком хронізації патології. Ефективність лікування значною мірою лімітується формуванням резистентності до антибактеріальних препаратів; наявністю у хворих цукрового діабету, сечокам'яної хвороби, не адек-

ватною тривалістю та об'ємом лікування, погіршенням стану імунної системи внаслідок негативної екологічної ситуації, яка склалась на сьогодні. Ці ж причини призводять до хронізації, рецидивування та реінфекції ІСШ, довготривалої втрати працездатності пацієнтів, погіршення якості їх життя (Березняков І.Г., 2002; Возіанов О.Ф., 1998; Дудар І.О., 2004; Петрук Д., 2000).

Запальні захворювання сечового міхура в даний час зберігають статус провідної медичної, соціальної та економічної проблеми, що обумовлено високим ризиком трансформації в хронічну форму, частими рецидивами, недостатньою ефективністю традиційної терапії (Robinson R., 2011).

На базі клініки урології ДЗ «ДМА МОЗ України» було обстежено 33 жінки від 19 до 76 років, які звернулися з приводу загострення циститу. Для лікування пацієнок застосовувався ципрофлоксацин для перорального прийому 250 мг двічі на добу протягом 5 днів. Лікування та спостереження виконувалось амбулаторно.

Пацієнтки спостерігались протягом 28 днів, виконувалось та оцінювалось: збір скарг (ступінь

виразності дизуричних розладів), фізикальний огляд, вимірювання показників життєво важливих функцій, лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальноклінічний та бактеріологічний аналіз сечі – в рамках спостереження за динамікою відхилень лабораторних показників від норми у разі неефективності проведеної антибактеріальної терапії).

Основним критерієм оцінки ефективності лікування була загальна відповідь на лікування (сукупність терапевтичного ефекту та мікробіологічної ефективності). Оцінка терапевтичного ефекту проводилась на підставі даних про наявність таких симптомів: часте сечовипускання, імперативні позиви до сечовипускання, біль або печія при сечовипусканні та біль в надлобковій ділянці. Оцінка мікробіологічної ефективності проводилась на підставі результатів посіву сечі з визначенням кількісного складу флори.

Встановлено дизуричні розлади у різних ступенях виразності (від 2 до 4 балів): у 18 (54,5%) пацієнток – 4 бали, у 13 (39,4%) – 3 бали, у 2 (6%) – 2 бали.

До лікування у 30 (90%) пацієнток в загальному аналізі сечі спостерігалася лейкоцитурія в різному ступені виразності: «+» у 33,3% (10), «++» у 16,7% (5), «+++» у 40% (12) пацієнток. Після лікування кількість пацієнток з лейкоцитурією зменшилась: у 20 (66,7%) пацієнток лейкоцитарна естераза виявилась негативною «-», але у 3 (10%) залишилась позитивною «+++». Нітриди виявились позитивними «+»

до початку лікування у 17 (51,5%) пацієнток, негативними «-» у 16 (48,5%), після лікування у 31 (93,9%) нітриди не виявлено (-). Також оцінювався показник мікрогематурії: на початку лікування у 26,7% (9) «+», «++» у 16,7% (5), «+++» у 6,7% (3) пацієнток. Після лікування кількість пацієнток з мікрогематурією зменшилась: у 28 (84,8%) пацієнток мікрогематурія виявилась негативною, але у 5 (15,1%) залишилась та зменшилась за ступенем виразності.

За даними бактеріологічного дослідження сечі до лікування у 29 (87,8%) пацієнток висівався той чи інший збудник в титрі від 10^4 КУО/мл і вище. При цьому в більшості (66,7%) випадків визначалася *Escherichia coli*, в 6,7% – *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus agalactiae*, *Proteus mirabilis*, *Streptococcus gallolyticus*, в 3,3% – *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus saprophyticus*. За результатами бактеріологічного дослідження сечі, після проведеної терапії патогенні мікроорганізми не виявлялися у 25 (75,7%) пацієнток. У 8 (24,3%) пацієнток були виділені наступні мікроорганізми: *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Morganella morganii*.

За час спостереження, рецидив захворювання, який вимагав другого курсу терапії, виник у 3 (9%) з 33 жінок.

Таким чином, бактеріологічне дослідження після проведеного лікування дає можливість визначити необхідність продовження курсу антибактеріальної терапії у пацієнток із рецидивуючим бактеріальним циститом.

ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЩІЛЬНОСТІ ПРОСТАТСПЕЦИФІЧНОГО АНТИГЕНУ З ОЦІНКОЮ ЗА СИСТЕМОЮ PI-RADS ПРИ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Ю.С. Кобільник, Ю.О. Мицик, А.Ц. Боржівський, І.Ю. Дутка, І.В. Дац,
О.О. Строй, В.М. Артищук, О.М. Лесняк, В.М. Мацькевич*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Медичний центр «Євроклінік»*

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) – це злоякісне новоутворення, що розвивається з епітелію передміхурової залози та вважається одним із найбільш поширених онкологічних захворювань серед чоловіків. Незважаючи на поступ у діагностиці РПЗ, вибір оптимального методу лікування при індивідуальному підході до хво-

рого все ще становить значну клінічну проблему, в основному внаслідок невисокої діагностичної вартості ультразвукового методу та значною часткою псевдонегативних результатів пункційної біопсії простати, яка досягає 45%. В останні роки з'явилися роботи, в яких висвітлюється високий потенціал МРТ в діагностиці РПЗ,