

**Результати та обговорення.** На відміну від загальноприйнятого уявлення, що гнійний процес частіше поширюється на навколонишкове жирове тіло із ураженої нирки, у 52 хворих (71,2%) паранефральний абсцес розвився без обструктивної нефропатії, у 21 хворого (28,8%) – на тлі обструктивної нефропатії.

Майже половина хворих без обструктивної нефропатії за 3–4 тижні перенесли інфекційні запальні захворювання різної локалізації, переохолодження, травму. У 3 хворих паранефральний абсцес поєднувався з гострим мультифокальним бактеріальним нефритом та у 3 хворих – з абсцесом нирки. Характерно, що 26 хворих (50,0%) мали в анамнезі цукровий діабет.

Розвиток інфекційного запального процесу у заочеревинному просторі у хворих без обструктивної нефропатії в 98,1% випадків починався з гіпертермії, маскуючись під ГРВІ, пневмонію, тощо. Через 3–4 доби приєднувався больовий синдром, який посилювався при дихальних рухах.

До надходження у клініку переважна більшість хворих отримували антибактеріальну терапію, що наводить на думку, що контингент хворих, у яких інфекційний запальний процес у паранефрії вдалося зупинити до утворення гнійного вогнища, може бути значно більшим.

В усіх хворих з обструктивною нефропатією причиною захворювання стала сечокам'яна хвороба. Із них лише 3 пацієнти (14,3%) мали в анамнезі цукровий діабет.

Розвиток вторинного гострого гнійного паранефриту завжди починався з больового синдрому. Через декілька діб відмічалось підвищення температури тіла (95,2%).

Септичні ускладнення спостерігали у 80,8% хворих без обструктивної нефропатії і 86,3% хворих з обструктивною нефропатією. При цьому, у пацієнтів із цукровим діабетом рівень септичних ускладнень був достовірно вищим ( $p < 0,05$ ).

В усіх спостереженнях при УЗД гнійне розплавлення навколонишкового жирового тіла ви-

глядало як гіпо- чи анехогенне утворення без чітких контурів. При КТ виявляли негомogeneous утворення щільністю 15–35 од. Н. Болюсне контрастування дозволяло з більшою ймовірністю ідентифікувати патологічні зміни в нирках та заочеревинному просторі. Обмеженість дихальної екскурсії нирки (67,1%), аж до повної її відсутності (32,9%), була найбільш постійною ознакою паранефрального абсцесу.

Усім хворим без обструктивної нефропатії проведено перкутанне дренивання паранефрального абсцесу, в 3 випадках одночасно з дрениванням абсцесу нирки. Із гнійного вмісту аеробна мікрофлора виділена у 86,5% хворих (*S. aureus* – 25,0%; *E. coli* – 23,1%; *Kl. pneumoniae* – 21,2%; *St. pyogenes*, *Proteus spp.*, *Ps. aeruginosa* та ін. – 24,7%).

Усім хворим з обструктивною нефропатією проведено перкутанне дренивання паранефрального абсцесу одночасно з виконанням перкутанної нефростомії. Із гнійного вмісту виділена грамнегативна мікрофлора (*Ps. aeruginosa*, *E. coli*, *Enterococcus faecalis*).

Після отримання результатів бактеріологічного аналізу проводили корекцію антибактеріальної терапії.

#### **Висновки**

1. У переважній більшості хворих паранефральний абсцес розвився без обструктивної нефропатії, що свідчить про гематогенний чи лімфогенний шляхи інфікування навколонишкового жирового тіла.

2. Захворювання на цукровий діабет створює умови для розвитку інфекційного запального процесу у паранефрії без обструктивної нефропатії.

3. УЗД та КТ з болюсним контрастуванням дозволяють з високою ймовірністю діагностувати паранефральний абсцес.

4. Перкутанне дренивання гнійного вогнища у паранефрії дозволяє уникнути травматичних хірургічних втручань, часто у край важких септичних хворих.

## **РАК ПРОСТАТИ – ПРОБЛЕМИ СКРИНІНГУ В УКРАЇНІ**

*В.І. Зайцев*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Рак простати (РП) складає 10% всіх новоутворень та посідає третє місце серед причин смерті від злоякісних новоутворень у чоловіків, а у деяких країнах він на першому місці. Останніми

роками досягнуто великого прогресу в діагностиці та лікуванні цього захворювання, але найбільше дебатів викликає проблема його раннього виявлення, яка ще далека від вирішення.

Одною з причин цього може бути низька інформованість населення. Навіть у високорозвинених країнах інформованість чоловіків щодо РП не перевищує 29% (у порівнянні із 54% осіб, які знали про рак легень та 46%, які мали інформацію щодо раку грудної залози). Натепер відомі наступні фактори ризику раку простати:

– Вік: середній вік при діагнозі раку простати в Сполучених Штатах – 69 років і після цього віку шанси виникнення раку простати стають вищими, ніж будь-якого іншого раку як у чоловіків, так і у жінок.

– Раса: афроамериканці мають на 40% більший шанс розвитку раку простати й удвічі більший ризик смерті від нього, а найменший – азіатські чоловіки, які живуть в Азії; однак, коли вони мігрують на захід, ризик поступово збільшується.

– Спадковість: чоловік, у якого батько або брат мали рак простати, має вдвічі збільшений ризик РП. Цей ризик ще збільшується, якщо РП був діагностований у молодому віці (до 55 років) або зачіпав трьох або більше членів сімейства.

– Дієта з великим вмістом тваринних жирів.

– Паління.

Скринінг раку простати є головним інструментом його раннього виявлення та успішного лікування. У той же час, використання простатоспецифічного антигену (ПСА) для скринінгу викликає чи не найбільш активні дискусії в сучасній урології. Перевагами ПСА є те, що його просто виконати, він дешевий та неінвазивний. У той час, у нього низька специфічність і його широке використання призводить до негативних ефектів, як більше біопсій та стресу, гіпердіагностика (на 27–56%), надмірне лікування.

Ще одним негативним наслідком ПСА скринінгу є виникнення депресії та нервозності у пацієнтів, що може призвести навіть до збільшення ризику суїциду. Це питання обговорювалось і на останньому конгресі ЄАУ (Барселона, 2019), де вказувалось, що невротичність та депресія виявляється у 25% пацієнтів з РП, це також впливає на їх сім'ї. Особливо виражено це проявляється при гормонотерапії РП.

Дослідження з приводу збільшення ризику суїциду при РП було проведено і у Литві, яка є єдиною країною, де є повний ПСА скринінг. Порівнювали частоту суїцидів у чоловіків до та після введення ПСА скринінгу (2000–2011). Проаналізовано 25 786 випадків РП, де було зафіксовано 135 суїцидів. За розрахун-

ковою математичною моделлю їх мало би бути 133, що призвело до висновку про загалом статистично незначиму різницю. У той же час було виявлено вірогідно частіший ризик суїциду серед чоловіків з Глісон 8–10. Причини такої залежності чітко невідомі.

У той же час запровадження ПСА скринінгу призвело і до значних позитивних змін:

– Збільшення виявлення РП.

– Менша частота метастатичних форм.

Слід також взяти до уваги, що після впровадження ПСА у США відбулось зменшення смертності від РП на 40%. Крім того, противники зменшення активності скринінгу РП правомірно вказують на можливість пропустити частину агресивного раку при цьому.

Досі є багато сумнівів у доцільності широкого ПСА скринінгу, адже більшість проведених досліджень показали, що немає різниці в виживаності скринюваних та нескринюваних пацієнтів. Лишаються ще багато питань, як оптимальний вік початку скринінгу, як часто проводити обстеження та ін.

Саме в зв'язку з цими протиріччями у 2012 р. були видані US Preventive Services Task Force Recommendations (США), головним посилом яких було заперечення поголового обстеження чоловіків, що призвело до зменшення кількості ПСА обстежень у США у 2013 р., але після 2013 р. не спостерігалось подальшого їх зменшення.

Що далі з ПСА? Він залишається (і буде залишатись) головним тестом. Найбільш слушною опцією є використовувати додатковий другий тест. Одним з запропонованих варіантів є The Stockholm-3 Model for Prostate Cancer Detection, в якому запропоновано т.зв. reflex test, в який включали:

– клінічні змінні (вік, сімейний анамнез родичів першого ступеня РП та попередня біопсія),

– біомаркери крові (загальний PSA, вільний PSA, співвідношення вільного / загального PSA, hK2, MIC1 та MSMB);

– генетичні маркери (генетична оцінка, заснована на SNPs і HOXB13);

– обстеження передміхурової залози (ректальне дослідження, об'єм передміхурової залози).

У даному дослідженні брали участь 59 159 чоловіків, біопсії виконані 5073 чол. при  $PSA \geq 3$  ng/ml. За рахунок використання reflex test кількість біопсій було зменшено на 32%, що підтверджує потенційну важливість такого типу інструментів для зменшення необов'язкових біопсій простати.

Найбільше та найкраще сплановане натепер дослідження щодо аналізу доцільності скри-

нінгу РП, що проводиться в цілій низці європейських країн – The European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer. Його результати постійно оновлюються з 2013 р. зі збільшенням часу спостереження. Останнє оновлення результатів показало зменшення смертності від РП на 21–29% серед скринюваних пацієнтів, що є важливим та надійним доказом важливості скринінгу.

Кого ж скринувати відповідно до останніх змін у протоколах Європейської та Американської асоціацій урологів? Якщо спробувати якое загалом, то висновки такі:

– Найбільшу перевагу при виявленні РП отримують чоловіки у віці 55–69 р. з очікуваною тривалістю життя >10 р.

– До 40–45 років немає сенсу скринувати, враховуючи надзвичайно низьку вірогідність РП в цьому віці.

– Після 70 років перевагу при виявленні РП отримують тільки чоловіки з очікуваною тривалістю життя >10 (15?) р., тому скринінг у цьому віці дуже обмежений.

– Для рішення про доцільність біопсії слід використовувати похідні ПСА (щільність, час подвоєння, вільний), додаткові маркери та калькулятори ризику.

– Більший ризик РП мають пацієнти з сімейним ризиком, афроамериканці, активні курці, а також при ПСА >1 ng/mL в 40 р. або

>2 ng/mL в 60 р. Такі пацієнти повинні починати скринінг з 40 (45?) років.

Які висновки слід зробити для України:

– ПСА не ідеальний, але досі головний інструмент скринінгу РП та контролю лікування.

– Використання нових додаткових маркерів для значимої кількості пацієнтів – нереально в найближчому майбутньому.

– Врахування вказаних рекомендацій щодо скринінгу – кого, коли, як.

– Інформування – критично!

Які практичні кроки пропонуються:

– Розробка дизайну та організація дослідження щодо скринінгу РП в Україні.

– Введення ПСА як обов'язкового дослідження для профоглядів у частини чоловіків (як ЕКГ, Ro).

– Врахування рекомендацій щодо факторів ризику РП – створення контингентів ризику (вік, анамнез, паління).

– Створення офіційних інформаційних матеріалів для пацієнтів; урологів, онкологів; сімейних лікарів.

Отримання великої кількості нової інформації та оновлення протоколів Європейської та Американської асоціацій урологів щодо діагностики раку простати повинно сприяти удосконаленню його скринінгу та внесенню відповідних змін у практичну роботу урологів та онкологів України.

## САМАРІЙ<sup>153</sup> Sm ОКСАБІФОР В ТЕРАПІЇ КІСТКОВИХ МЕТАСТАЗІВ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*С.О. Возіанов<sup>1</sup>, А.В. Сакало<sup>1</sup>, Н.І. Полякова<sup>2</sup>, В.С. Сакало<sup>1</sup>*

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

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

**Вступ.** Частота метастазів у кістки у хворих на рак передміхурової залози (РПЗ) коливається від 33 до 85%, що нерідко супроводжується больовим синдромом. Гормоно- та хіміотерапія в таких випадках малоефективні. Радіонуклідні методи терапії показали високу ефективність при кісткових болях. Широке застосування в останні роки має Самарій<sup>153</sup> Sm оксабіфор. Поєднання β- і γ-випромінювання, короткий термін напіврозпаду (46,3 год), а також невисока енергія випромінювання 0,81 Мев зробили його

найбільш затребуваним РФП для паліативного лікування метастазів у кістки.

**Мета дослідження:** вивчити анальгезуючу і протипухлинну дію Самарія<sup>153</sup> Sm оксабіфору хворих на РПЗ з больовими кістковими метастазами.

**Матеріали і методи дослідження.** Протягом 2016–2018 рр. спостерігали 21 хворого на РПЗ з множинними метастазами в кістки. Діагноз у всіх випадках підтверджено трансректальною мультифокальною УЗ-біопсією простати,