

Обследование включало: анкетирование по опроснику ИСХП НИЗ США, тест Меареса-Стейми, ТРУЗИ с определением количества, расположения, размеров (площадь) и акустической плотности (АП) петрификатов. Площадь петрификата рассчитывалась как  $S=ab$ , где  $a$  — больший диаметр петрификата,  $b$  — меньший. АП оценивалась по 3-балльной условной шкале (1 балл — эхо-позитивность, 2 балла — гиперэхогенность, 3 балла — гиперэхогенность с акустической тенью). Курс лечения: 10 сеансов УВТ (аппарат PiezoWave (Richard Wolf, Германия)) дважды в неделю, 4000 импульсов за сеанс, условный уровень интенсивности — 15–20 единиц, частота — 8 Гц. Позиционирование: Терапевтическую головку располагали под лонным сочленением. Для на-

ведения УВ указательный палец вводили в задний проход и располагали над петрификатом. Достоверность различий оценивалась по парному тесту Вилкоксона. Уровень значимости 0,05.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Медиана возраста составила 38 лет (32–48). Медиана продолжительности заболевания — 8 месяцев (7–36). Медиана количества петрификатов — 1 (1–3). Характеристики простатических петрификатов до и после УВТ представлены в таблице 1 в виде Ме и перцентилей 25-го и 75-го.

При проведении УВТ осложнений не зарегистрировано.

Таблица 1

Влияние УВТ на характеристики простатических петрификатов

Параметр	Исходно	После УВТ	P
S (мм <sup>2</sup> )	11,1 (6,5; 15,1)	10 (6,5; 15,4)	0,1
Акустическая плотность (баллы)	2 (1; 2)	2 (1; 3)	0,65

## ВЫВОДЫ

Среднеэнергетическая УВТ достоверно не влияет на размеры и акустическую плотность

простатических петрификатов. Необходимы дальнейшие исследования для разработки методов профилактики и эрадикации простатических петрификатов.

# ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ ТА РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНОГО АНАЛІЗУ

П.Г. Яковлев <sup>1</sup>, В.В. Мрачковський <sup>1</sup>, В.О. Кропельницький <sup>1</sup>, В.С. Сакало <sup>2</sup>

Київський міський клінічний онкологічний центр <sup>1</sup>  
ДУ «Інститут урології НАМН України» <sup>2</sup>

В практиці уролога візит пацієнта старше за 40 років зі скаргами на розлади сечовипускання та підвищеним показником простат-специфічного антигену (ПСА) у сироватці крові представляє складний виклик, пов'язаний з необхідністю впевнено диференціювати патологічний стан або як запального походження, або неопластичного. Згідно з українським національним канцер-реєстром, пік захворюваності на рак передміхурової залози припадає на 61-й рік життя. Проте 9% хворих на рак простати мають риси спадковості цього захворювання, при цьому пік захворюваності в цій групі трапляється

на 7–10 років раніше. З огляду на це необхідність проведення діагностичної біопсії передміхурової залози для виключення раку простати може виникнути й при огляді молодого пацієнта з вищезгаданими скаргами та рисами. Наявні зарубіжні публікації свідчать про 3–5%-ву частоту виникнення важких інфекційних ускладнень після проведення пункційних біопсій передміхурової залози. Цей факт потребує застосування диференційного підходу до призначення діагностичних біопсій у хворих середнього віку зі скаргами на дизурічні явища та підвищеним ПСА.

Мета: представити власний алгоритм відбору хворих середнього та старшого віку зі скаргами на розлади сечовипускання та підвищеним рівнем ПСА, що здатний зменшити частоту інфекційних ускладнень діагностичних біопсій передміхурової залози.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2010 до 2013 року в урологічному відділенні Київського міського клінічного онкологічного центру (КМКОЦ) було обстежено в обсязі пальцевого ректального огляду, трансректального ультразвукового дослідження (ТРУЗД) та мультифокальної біопсії передміхурової залози 395 чоловіків, які були скеровані до консультативної поліклініки КМКОЦ з підозрою на рак передміхурової залози. Вік обстежуваних пацієнтів був у середньому 62 роки (від 36 до 82 років). Рівень ПСА на момент звернення складав у середньому 16 нг/мл (від 0,1 до 82 нг/мл). Об'єм передміхурової залози за даними ТРУЗД був у середньому 49 см<sup>3</sup> (від 22 до 250 см<sup>3</sup>). Пальцеве ректальне дослідження проводилося з метою оцінки фізичних властивостей тканини передміхурової залози та виявлення осередкових змін в останній. При виявленні болючості передміхурової залози біопсія не виконувалась, проте пацієнту призначався лікувальний курс антибіотикотерапії (ципрофлоксацин 500 мг двічі на добу протягом 20 діб) з протизапальними препаратами та вітамінами, після чого повторно оцінювався рівень ПСА. У залежності від динаміки ПСА та стану простати після курсу антибактеріальної терапії визначалася потреба в проведенні діагностичної біопсії.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами мультифокальної біопсії рак передміхурової залози був виявлений у 217 (55%) хворих, у 138 (35%) – доброякісна тканина простати з різними ступенями атрофії, у 40 (10%) – лейкоцитарна інфільтрація паренхіми простати, зокрема з явищами мікроабсцеду-

вання (у одного хворого). Гострі запальні зміни тканини простати з підвищенням температури тіла до 39 °С спостерігалися у 11 (2,8%) хворих, що вимагало проведення парентеральної антибактеріальної терапії протягом 3–5 діб до нормалізації стану хворого. Вказані запальні явища спостерігалися лише у хворих віком старше за 65 років з явищами хронічної затримки сечі. Масивна кровотеча в ранній період після біопсії сталася у 3 (0,8%) хворих, що потребувало госпіталізації хворого та проведення кровоспинної терапії. Відтермінування мультифокальної біопсії з причин дизурічних явищ на фоні болючості тканини передміхурової залози сталася у 51 хворого. За результатами лікування болючість простати зникла. Окрім цього, у 13 з них після проведення вищевказаної антибактеріальної протизапальної терапії показники ПСА зменшилися до норми, їм біопсія не виконувалася, та призначалось спостереження онкоуролога з контрольним оглядом через 6 місяців з результатами ПСА. Іншим 38 хворим біопсія проводилась, при цьому у 7 хворих показники ПСА після антибактеріальної протизапальної терапії зросли, у інших – незначно зменшилися, але не до нормальних рівнів.

## ВИСНОВКИ

Перед проведенням мультифокальної біопсії хворому з підозрою на рак передміхурової залози треба диференціювати хворих з наявними запальними змінами в простаті за даними ректального пальцевого дослідження. При виявленні ознак запалення, проведення лікувального курсу антибактеріальної протизапальної терапії протягом 20 діб перед біопсією запобігає загостренню запальних процесів у простаті, а також виокремити тих хворих, яким біопсія простати не потрібна. Частота гострих запальних змін у передміхуровій залозі після виконання мультифокальної біопсії в нашому дослідженні склала 2,8% та спостерігалася лише у хворих старшого віку (старше за 65 років) з явищами хронічної затримки сечі.