

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.

САМАРІЙ¹⁵³ Sm ОКСАБІФОР В ТЕРАПІЇ КІСТКОВИХ МЕТАСТАЗІВ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.О. Возіанов¹, А.В. Сакало¹, Н.І. Полякова², В.С. Сакало¹

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² 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 Самарій¹⁵³ 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 Самарія¹⁵³ 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,

МРТ і остеосцинтиграфією Технецієм 99m . Пацієнти тривалий час отримували гормональну терапію (від 1 до 6 років) до виникнення метастазів у кістки з вираженими болями. Самарій 153 Sm вводили внутрішньовенно крапельно з розрахунку 0,5–1,5 мкі/кг на фізіологічному розчині. Ефективність лікування оцінювали за шкалою оцінки інтенсивності болю. Через 12 і більше тижнів робили повторне введення РФП. Протипоказання для застосування 153 Sm: рівень лейкоцитів $<2,5 \times 10^9$ /л, рівень тромбоцитів $<100 \times 10^9$ /л, рівень гемоглобіну <90 г/л, індекс Карновського $<60\%$, виражена коагулопатія, загроза компресії спинного мозку.

Результати та їх обговорення. Ефект від проведеної терапії в середньому настав через 2–

7 днів і тривав від 4 до 12 тижнів. Оцінка результатів повторного введення через 3–6 міс. також була ефективною. Лейкопенію I ст. спостерігали у 10, II ст. – у 4, тромбоцитопенію I ст. – у 12, II ст. – у 1 пацієнта. Рівень ПСА після однократного введення 153 Sm через 1 міс. знизився у 4 пацієнтів на 50%, у 5 – $>20\%$, у 12 – була стабілізація. Контроль аналізів крові проводили один раз на тиждень протягом 2 міс. після терапії. При необхідності повинна проводитись корекція гематологічних показників згідно з рекомендаціями.

Висновки. Результати паліативної терапії Самарієм демонструють задовільний терапевтичний анальгезуючий ефект, зменшують споживання анальгетиків, а також покращують якість життя пацієнтів.

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧА ТРИМОДАЛЬНА ТАКТИКА В ЛІКУВАННІ М'ЯЗОВО-ІНВАЗИВНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА: НАШ ДОСВІД

С.І. Приндюк, М.В. Соколовська

LISOD Лікарня Ізраїльської онкології, м. Київ

Нині рак сечового міхура займає друге місце серед онкоурологічних захворювань. На частку інвазивної форми припадає до 30%. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урологів (2018), стандартним методом лікування м'язово-інвазивного раку сечового міхура (МІРСМ) вважають радикальну цистектомію (РЦЕ). Однак великий обсяг і травматичність операції, обтяженість і виснаженість пацієнтів, інвалідизація і соціальна дезадаптація, а також високий відсоток летальності обмежують застосування цистектомії. У зв'язку з цим та динамічним розвитком хіміопроменевої терапії (ХПТ), яка дозволяє знизити частоту рецидивів, все більше фахівців схиляються до можливості органозберігаючого лікування МІРСМ (S.Zhang et al., 2015, H. Namza Abbas, 2018, F.Audenet, 2018). Органозберігаюче лікування має деякі переваги: відсутня громіздкість в проведенні хірургічного втручання, зниження матеріальних витрат, зберігається статеві функція, зменшується небезпека порушення функцій нирок, забезпечується гарна якість життя (P.Jenkins, 2009, F.Audenet, 2018).

Проведення трансуретральної резекції (ТУР) забезпечує частоту повної ремісії в 20%, ТУР з наступною ПТ – в 57%, а додавання цис-

платину/карбоплатину підвищує цей показник до 80% (C. Rodel et al., 2006). Разом з тим показники виживання після органозберігаючої комплексної терапії (ОЗКТ) аналогічні таким після РЦЕ (41%, G. Arcangeli et al., 2015).

Таким чином, у літературі існують суперечливі думки щодо порівняльної оцінки результатів РЦЕ та органозберігаючих операцій при МІРСМ, що обґрунтовує необхідність подальшого вивчення даної проблеми.

З 2014 року в LISOD проліковано 26 пацієнтів на МІРСМ із застосуванням ОЗКТ. Пацієнти віком від 47 до 82 років, середній вік $68,4 \pm 4,7$ року. Переважна більшість хворих (24) із локальним процесом без лімфогенного розповсюдження: Tа – 2, T1 – 7, T2 – 8, T3 – 4, T4 – 3; лише у 2 осіб – T2N1M0. За ступенем злоякісності розподіл був наступним: G1 – 3, G2 – 8, G3 – 10, G4 – 1 та у 4 хворих ступінь злоякісності не був визначений.

Усім хворим була проведена біполярна ТУР із наступною ХПТ: в ад'ювантному режимі пацієнти отримували ПТ на малий таз в СВД=45,0 Гр (РОД=1,8 Гр) на тлі радіосенсибілізації цисплатином/карбоплатином в дозі 40 мг/м^2 1 раз на тиждень. 8 пацієнтів отримували карбоплатин у зв'язку із віком, супутньою патологією та