

проти $90,5 \pm 22,5$ ($80,5 - 100,5$) мл/хв/ $1,73\text{м}^2$ (Mann–Whitney U test; $p=0,83$) відповідно в основній та контрольній групі.

У всіх випадках було виконано комплексне клінічне обстеження, яке в обов'язковому порядку передбачало виконання КТ, оцінку розміру та регресії пухлини за RECIST 1.1, її локалізацію та об'єм функціонуючої паренхіми згідно з NCIU – класифікації, визначення функції нирок та кількість виконаних органозберігаючих операцій в групах порівняння.

Результати та їх обговорення. Показаннями до НеоА ТТ були: імперативні 12 (20,7%) випадків (6 – двобічний НКР та 6 – НКР єдиної нирки) та елективні в 46 (79,3%) випадках. Локалізація пухлини: 34 (58,6%) – центральна з розміром більше 40 мм та 24 (41,4%) – периферичне або латеральне розміщення з розповсюдженням до воріт нирки при відсотку збереженої паренхіми нирки більше 50%.

НеоА ТТ сприяла до зменшення розміру пухлини нирки на $12,3$ мм з ($M \pm SD$ (95% CI)) $60,8 \pm 19,7$ ($55,7 - 66$) до $48,5 \pm 16,4$ ($44,2 - 52,8$) мм (t-test; $p < 0,001$). Регресію пухлини констатовано в 50 (86,2%) випадках, яка в середньому становила $20,5 \pm 14,3$ ($16,8 - 24,3$)%. У 8 (13,8%) хворих розмір НКР не змінився. Прогресія не зафіксована в жодному випадку. У 44 (75,9%) випадках рівень регресії досягав до 30%, а ще в 14 (24,1%) він перевищував 30% при максимальному значенні регресії в 60%. Ми не виявили впливу розміру НКР на ступінь її регресії

(ANOVA, $\eta^2=0,01$ при потужності 0,1 ($p=0,72$)).

Середній рівень регресії пухлини при Фурман 2 сягав $M \pm SD$ (95% CI) $22,6 \pm 14,4$ ($18,3 - 26,9$) %, при Фурман 3 – $17,1 \pm 11,7$ ($7,3 - 26,9$)%, при Фурман 4 – $3,8 \pm 2,9$ ($0 - 8,5$)% (ANOVA, $\eta^2=0,13$ при потужності 0,72 ($p=0,029$)).

Зменшення розмірів НКР у групі неoad'ювантної ТТ дозволило в 53 випадках (91,4%) провести резекцію нирки, проти 20 (33,3%) випадків в контрольній групі ($\chi^2=42,1$; $p < 0,0001$).

Рівень інтраопераційної крововтрати в групі ТТ був вищим у порівнянні з контрольною групою і становив Me [25–75%] 300 [250–400] мл проти 200 [100–300] мм (Mann–Whitney U test; $p < 0,05$).

Рівень СКФ через 3 міс. після операції достовірно не змінився в групі ТТ і становив $M \pm m$ (95% CI) 78 ± 17 ($61 - 95$) мл/хв/ $1,73\text{м}^2$ та знизився в контрольній групі до 61 ± 12 ($50 - 72$) мл/хв/ $1,73\text{м}^2$ (Mann–Whitney U test; $p < 0,001$).

Висновок. Проведення НеоА ТТ у хворих на локалізований НКР дозволило досягти середньої регресії пухлини в $20,5 \pm 14,3$ ($16,8 - 24,3$)%. при розмірі пухлини $60,7 \pm 19,8$ мм, що дозволило достовірно підвищити рівень органозберігаючого лікування до 91,4% ($\chi^2=42,1$; $p < 0,0001$) і сприяло покращенню загальної очисної функції нирок. Отримані нами позитивні результати НеоА ТТ у хворих на НКР вказують на доцільність втілення неoad'ювантної таргетної терапії у випадках локалізованого НКР.

ОНКОЛОГІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК

*Е.О. Стаховський¹, Ю.В. Вітрук¹, О.А. Войленко¹, О.Е. Стаховський¹,
О.А. Кононенко¹, В.Й. Вітрук², П.С. Вукалович¹, М.В. Пікуль¹,
Б.О. Гречко¹, С.Л. Семко¹, Д.О. Кошель¹, О.В. Буйвол¹*

¹ Національний інститут раку, м. Київ

² Центр сучасної урології, с. Крюківщина

Вступ. Ефективність виконання циторедуктивної нефректомії (ЦН) у хворих на метастатичний нирково-клітинний рак (мНКР) є суперечливою. З одного боку, вона використовується для зменшення кількості пухлинних клітин, що робить ефективнішою системну терапію, з іншого – призводить до затримки те-

рапії або стає протипоказанням до її застосування внаслідок довготривалої реабілітації пацієнта чи виниклих ускладнень. Тому, на нашу думку, актуальним та перспективним методом лікування є циторедуктивна резекція нирки (ЦР), яка дасть можливість максимально зберегти функціонуючу паренхіму нирок, запобіг-

ти виникненню хронічної ниркової недостатності, вчасно та в повному об'ємі провести системну терапію.

Мета дослідження: визначити показання та оцінити ефективність циторедуктивної резекції нирки при мНКР.

Матеріали та методи дослідження. Ретроспективно проаналізовано результати лікування 1939 хворих на нирково-клітинний рак, яким виконано хірургічне лікування впродовж 2008–2017 років. У 336 (17,3%) випадках мав місце мНКР, який і став предметом нашого подальшого дослідження. Циторедуктивна резекція (I група) виконана у 86 (25,6%), циторедуктивна нефректомія (II група) – у 250 (74,4%) випадках. Одночасна повна метастазектомія виконана у 28 (8,3%) хворих. У 48 (14,3%) пацієнтів була проведена неoad'ювантна системна терапія протягом 2 місяців, яка дозволила зменшити як розмір пухлини, так і розмір метастатичних вогнищ та виконати органозберігаюче лікування у 33 (69%) випадках. Після операції проводилась системна терапія мНКР.

Результати та їх обговорення. Групи були споріднені за віком, статтю, IMDC ризик фактором, кількістю метастатичних вогнищ та симультанною повною метастазектомією, а також тривалості системної терапії ($p > 0,1$). Статистично

достовірно вони відрізнялися за розміром пухлини: $54,1 \pm 27,3$ та $96,1 \pm 38,5$ мм ($p < 0,0001$), а також об'єму функціонуючої паренхіми нирки на стороні ураження (RFPV) – $78,1 \pm 12,4$ та $43,4 \pm 19,5\%$ ($p < 0,000001$) відповідно. ЦР виконана при RFPV більше 56% та локалізації пухлини в полюсі нирки 56 (65,1%), латерально 24 (27,9%) чи медіально 6 (7%), причому при медіально розміщених пухлинах їх розмір складав менше 30 мм.

Період спостереження склав від 0,5 до 109 місяців ($26,4 \pm 25,9$). Від прогресування захворювання померло 184 (54,8%) хворих: 40 (46,5%) – після ЦР та 144 (57,6%) – після ЦН. Медіана загальної виживаності була статистично вищою в групі ЦР (42,8 проти 22,6 місяців при ЦН). Показник 5-річної канцер-специфічної виживаності також був вищим у групі циторедуктивної резекції (45,9% проти 29,1%; $p = 0,005$).

Висновок. Циторедуктивна резекція нирки показана при об'ємі функціонуючої паренхіми нирки на стороні ураження більше 56% та розміщені пухлини в полюсі нирки чи латерально, що достовірно підвищує показники медіани загальної та канцер-специфічної виживаності у хворих на мНКР.

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Н.Ю. Спіженко, С.П. Одарченко, Т.І. Чеботарьова, О.Г. Ярмач,
Л.В. Матвієвська, Р.М. Зелінський, Ю.П. Копанєва, Н.Ю. Цибрій*

Центр онкології і радіохірургії клініка Спіженко, м. Київ

За даними сучасної літератури та оглядів клінічних досліджень рак передміхурової залози є актуальною медико-соціальною проблемою внаслідок неблагоприємної динаміки за останні 20 років. У світі щорічно виявляється 396 000 основних випадків раку передміхурової залози. Рак передміхурової залози (РПЗ) – одна із найбільш поширених хвороб серед чоловіків старшого і похилого віку. РПЗ займає в структурі онкологічних хвороб чоловічого населення друге місце в економічно розвинених країнах, а в деяких країнах – перше місце. Захворюваність збільшується з віком хворих, досягає максимуму після 80 років. За даними Національного канцер-реєстру захворюваність по Україні скла-

дає 49,7 на 100 000 ч.н. хворих раком простати (2016). Показник смертності від цієї патології за останні 10 років в Україні виріс на 28,9% і складає 23,3 на 100 000 населення (2016). Рак простати займає третє місце в структурі онкологічної захворюваності і 4-те місце в смертності чоловічого населення.

Лікування пацієнтів з немстатичним раком передміхурової залози включає радикальну простатектомію, дистанційну променеву терапію, радіохірургічне втручання, роботизовану простатектомію.

Єдиної думки, який метод є найкращим, немає. При високодиференційованих інтракапсулярних пухлинах 10-річна виживаність ста-