

При розмірах пухлини більше 4,0 см, діаметр живлячих судин був відповідно $0,45 \pm 0,2$ см – $0,47 \pm 0,2$ см ($V_{\max} 5,8 \pm 0,4$ ($51,9-61,5$) см/с, $IR - 0,79 \pm 0,05$ ($0,72-0,80$)).

При великих розмірах пухлини патологічні судини набувають вигляд розгалужених масивних гілок або сітки, що охоплює пухлину по зовнішньому контуру та супроводжується зростанням показників швидкості кровоплин, і визначається як ознака агресивності новоутвореного судинного конгломерату. Зі збільшенням об'єму новоутворення травмує здорову тканину паренхіми ураженої нирки, а з часом порушує її функціональну спроможність та, певним негативним чином, впливає на роботу контралатеральної нирки.

Морфологічно, зі збільшенням розміру пухлини (3,1 см) прогресував ангиогенез, відмічалося утворення кіст або зон некрозу, артеріо-венозних мальформацій, пошкодження капсули.

Після видалення пухлин (14-та–21-ша доба) в зоні післяопераційного сегмента прослідковувалась активна відновна васкуляриза-

ція на рівні сегментарних судин встановлена при КДК, покращувались показники паренхіматозного кровоплину в прооперованій нирці: $V_{\max} 43,1 \pm 0,4$ см/с та $IR 0,69 \pm 0,2$ ($p \leq 0,5$), в контралатеральній нирці $V_{\max} 41,3 \pm 0,2$ см/с та $IR 0,67 \pm 0,2$ ($p \leq 0,5$).

Середні значення $V_{\max}$ на рівні магістральних судин в прооперованій нирці були $93,0 \pm 0,5$ см/с, суттєво знижувався $IR - 0,68 \pm 0,04$ ($p \leq 0,5$). Відповідно в неушкодженій нирці зазначені показники були наступними $V_{\max} 100,2 \pm 0,4$ см/с та $IR 0,65 \pm 0,30$ ($p \leq 0,5$).

Через 4–5 років спостереження рецидивів захворювання в досліджуваній групі не було.

Висновки. При розмірах пухлини (3,1 см), незалежно від її природи, змінюється як УЗ, так і морфологічна картина, що проявляється варіантом судин, крововиливами, формування кісти, ділянок некрозу, артеріо-венозної мальформації, збільшується кількість живлячих судин та їх діаметр, змінюються показники паренхіматозного кровоплину нирки в прилеглих сегментах до новоутворення в сторону пригнічення.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТА РАДІОНУКЛІДНО-МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.М. Григоренко ¹, О.В. Щербіна ², С.С. Волков ¹, Р.О. Данилець ¹

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Київський міський клінічний онкологічний центр

Вступ. Лікувальна тактика місцево-розповсюдженого та генералізованого РПЗ потребує індивідуалізованого та мультимодального підходу до ведення хворого.

Мета дослідження: покращити якість надання спеціалізованої допомоги хворим на РПЗ шляхом оцінки віддалених результатів ефективності різних схем та режимів ГТ, а при наявності множинних метастазів у кістки скелета – в комбінації з радіонуклідно-медикаментозною терапією.

Матеріали і методи. У дослідження увійшли 246 хворих на РПЗ. У залежності від призначеної схеми ГТ було сформовано 5 груп. Перша – ципротерон ацетат (51 хворий). Друга – аналог ЛГ-РГ (34 хворих). Третя – флутамід у стандартній дозі (88 хворих). Четверта – флутамід у редукованій дозі (26 хворих). П'ята – низькодозова естроген-антиандрогенна терапія

(НЕАТ) – 47 хворих. Найближчі результати лікування оцінювались через 3 та 6 міс. Середній час спостереження склав $44,0 \pm 1,8\%$, $58,7 \pm 2,3\%$, $61,8 \pm 3,3\%$, $73,4 \pm 6,8\%$ та $69,2 \pm 5,7\%$ відповідно. 27 хворих з множинними метастазами в кістки скелета отримували комплексну гормональну та радіонуклідно-медикаментозну терапію по схемі: ^{89}Sr (150 МБк), бікалутамід, золедронові кислота, кальцеїн. Тривалість лікування склала 6,5 міс., оцінку ефективності лікування і якості життя якої проводили за допомогою остеосцинтиграфії, МРТ, визначення рівня ПСА, а також за шкалою Карновського та бальною системою анальгезуючого ефекту і болю.

Результати. В усіх групах відмічалось зниження інтенсивності скарг, покращення урофлоуметричних показників, зменшення об'єму ПЗ, зниження рівня ПСА. Достовірної різниці між

групами відмічено не було. У хворих четвертої та п'ятої груп вдалося досягти достовірного зменшення частоти побічних проявів.

При оцінці віддалених результатів — загальної, канцерспецифічної виживаності та виживаності в залежності від наявності метастазів, вихідного рівня ПСА, диференціації пухлини за шкалою Глісона, достовірної різниці між групами виявлено не було. ($p > 0,05$).

У хворих, які отримували ГТ та радіонуклідно-медикаментозну терапію вдалося покращити якість життя, тривалість безбольової ремісії,

рухову активність, відсутність патологічних переломів.

Висновки. Значна варіативність різних режимів ГТ дозволяє розробити індивідуалізований підхід до паліативного лікування хворих на РПЗ.

Редукція дози флутаміду, лікування в режимі HEAT має переваги у вигляді зменшення частоти побічних явищ при незмінних показниках виживаності. Застосування радіонуклідно-медикаментозної терапії в комбінації з ГТ — це ефективний спосіб системного лікування хворих на РПЗ з множинними метастазами в кістки скелета.

ПОШИРЕНІСТЬ РОЗЛАДІВ СЕЧОВИПУСКАННЯ СЕРЕД ЖІНОК ЗА ДАНИМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Н.О. Сайдакова¹, О.І. Яцина², Г.Є. Кононова¹

¹ ДУ «Інститут урології НАМН України»

² Національний інститут раку

Вступ. Проблема розладів сечовипускання, в тому числі у жінок, визнана актуальною у всьому світі, що пов'язано з відомими медико-соціальними її аспектами. Вирішення її виходить за рамки медичної галузі, що також обумовлює потребу виявлення реальних масштабів поширеності патології. Відсутність такої інформації в даних офіційної статистики, обмеженість її за даними результатів фрагментарних досліджень обґрунтували необхідність проведення соціологічного опитування з цією метою.

Матеріали та методи. Проводився аналіз 19094 анкет, що склали 63,6% від 30.000, які були запропоновані дорослому жіночому населенню різних регіонів України. Одним із питань, спеціально розробленої анкети, було, при бажанні респондентом, підтвердити чи спростувати факт наявності у них різновидів розладів сечовипускання. Аналізувались абсолютні та відносні величини; розраховувались середні значення з їх похибкою, при необхідності встановлення відмінності сукупностей, використовували критерії Стюдента.

Результати та їх обговорення. Виявлено високий відсоток анкет, що не увійшли в подальше опрацювання. Передусім, 7306 респондентів (24,4%) відмовились від зворотного зв'язку, ще 3600 (12,0%) анкет мали низьку інформаційну значимість. Таке положення оці-

нюємо як підтвердження поширеного серед жіночого населення менталітету. Встановлено, що у жінок старше 18 років розлади сечовипускання спостерігаються у 52,0% випадках. Підтверджено їх зростання з віком: серед жінок 50–59 років відсоток випадків становить 57,6%, на 25% показник зростає в наступне десятиріччя (до 72,0% і досягає 80,7% після 70 років). Виявлено, що серед жінок до 30 років розлади сечопуску спостерігалися у 69,9% випадках (у 260 із 372), що обґрунтовує зазначений віковий період віднести до фактора ризику.

Простежені особливості поширеності розладів сечопуску за місцем проживання: серед міських показник становив $56,4 \pm 0,5\%$, серед сільських жителів — $47,0 \pm 0,5\%$; $p < 0,05$.

Виявлено соціальний вектор опитаних жінок: переважна більшість мала середню ($39,2 \pm 0,4\%$) та вищу ($32,7 \pm 0,3\%$) освіту, були заміжніми (70,7%) 53,3% мала 2–3 дітей, переважали в структурі пенсіонери (33,4%) та домогосподарки (28,5%).

Висновок. Об'єктивізовано підтверджена актуальність інформаційно-просвітницької роботи, від масштабності, доступності, змістовності та якості якої залежить раннє виявлення патології, розуміння необхідності своєчасного звернення до лікаря та адекватне лікування.