

Середній вік пацієнтів – 53 роки. Клубочкова фільтрація нирки на стороні ураження в середньому склала 16,5 мл/хв та коливалась у межах від 12 до 19 мл/хв. Середній час оперативного втручання склав 238 ± 36 хв. (коливався в межах 186–269). Усі оперативні втручання виконувались без використання центральної ішемії. Середній відсоток збереженої паренхіми склав 60%. Жоден пацієнт, враховуючи збереження обох нирок, не потребував системного гемодіалізу в післяопераційному періоді. Рівень післяопераційного креатиніну, котрий в середньому через 1 рік після оперативного втручання складав $0,94 \pm 0,08$ мг/дл. Функція ураженої нирки через 1 рік після оперативного втручання в середньому становила 17 мл/хв. У групі спостереження не було відмічено жодного випадку смерті, пов'язаної з КВСШ або супутньою патологією. При аналізі за допомогою точного тесту Фішера не

виявлено статистично достовірної залежності між залишковою паренхімою та показниками унілатеральної клубочкової фільтрації ($P=0,173$) або рівнем післяопераційного креатиніну ($P=0,163$). Ризик рецидиву в сечовому міхурі не залежав від розміру пухлини ($P=0,932$) або її морфологічної будови ($P=1,0$).

Висновки. Резекція нирки у цьому контексті є найбільш технічно складним втручанням, потребує ретельного відбору та обстеження пацієнтів, проте забезпечуючи хороші функціональні та онкологічні результати

Відсутність прямої залежності між відсотком здорової паренхіми та змінами функції нирки в післяопераційному періоді може носити принциповий характер та вказувати на доцільність збереження останньої навіть у випадках необхідності резекції тканини органа близького до 50%.

НЕОАД'ЮВАНТНА ТАРГЕТНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ЛОКАЛІЗОВАНИЙ НИРКОВО-КЛІТИННИЙ РАК, ПОКАЗАННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ

*О.А. Войленко, О.Е. Стаховський, О.А. Кононенко, М.В. Пікуль,
С.Л. Семко, Ю.В. Вітрук, Е.О. Стаховський*

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Використання таргетної терапії (ТТ), крім продовження тривалості життя хворих на метастатичний нирково-клітинний рак (НКТ), часто приводить до зменшення розміру пухлини. Тому її використання в неоад'ювантному режимі може дати позитивний ефект у лікуванні хворих на локалізований НКТ, підвищивши вірогідність проведення парціальної нефрэктомії (ПН) при НКТ центральної локалізації при достатній кількості функціонуючої паренхіми нирки.

Мета дослідження: визначити ефективність неоад'ювантної ТТ для зменшення розмірів локалізованого НКТ і можливості проведення ПН.

Матеріали та методи дослідження. Представляємо проміжні результати проспективного рандомізованого дослідження, до якого з 2015 до 2018 р. включено 118 випадків локалізованого НКТ. До основної групи включено 58 (49,2%) хворих, яким з метою зменшення розмірів первинної пухлини було проведено неоад'ювантну ТТ пазопаніб 800 мг щоденно перорально про-

тягом 2 міс. з подальшою оцінкою її ефективності та оперативним лікуванням. До контрольної групи включено 60 (50,8%) випадків локалізованого НКТ, яким проведено лише оперативне лікування. Групи співставні за основними параметрами: вік хворих становив $M \pm m$ (95% СІ) $55,3 \pm 10,3$ (52,6–58) року в основній групі проти $54,5 \pm 2$ (51,4–57,6) в контрольній (Mann–Whitney U Test; $p=0,8$); статевий приналежності (чоловіків : жінок) 39 : 19 в основній групі проти 34 : 26 в контрольній ($\chi^2=1,39$ $p=0,24$); розмір пухлини $M \pm SD$ (95% СІ) $60,7 \pm 19,8$ (55,5–66) мм проти $62,5 \pm 16,7$ (58,2–66,9) мм (Mann–Whitney U Test; $p=0,56$); ІМТ Me [25%; 75%] 28,6 [25,3; 33,2] проти 28,4 [26,9; 30,4] (Mann–Whitney U Test; $p=0,64$); рівень гемоглобіну 130,5 [115; 141] г/дл проти 135 [118; 149] г/дл (Mann–Whitney U Test; $p=0,2$); креатиніну крові $M \pm SD$ (95% СІ) $94,5 \pm 2$ (89,3–99,7) мкмоль/л проти $90 \pm 2,4$ (83,7–96,5) мкмоль/л (Mann–Whitney U test; $p=0,17$); СКФ – $88,6 \pm 26,1$ (76,7–100,5) мл/хв/1,73м²

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-