

нефректомії з тромбектомією, були розділені на чотири групи, зокрема: параметри основної пухлини, кавального пухлинного тромбу, пацієнта і деякі особливі умови.

Усі операції проводилися з доступу «шеврон». При видаленні інтралюмінальних пухлинних мас каворенального або підпечінкового відділу НПВ для васкулярної ізоляції тромбу використовувалася стандартна техніка «трюх турнікетів». У випадках поширення пухлини до ретропечінкового або інтраперикардіального відділів НПВ, а також при її проникненні у просвіт правого передсердя застосовували трансплантаційну методику тромбектомії, яка включала мобілізацію печінки, хірургічний доступ до правого передсердя з боку черевної порожнини і пальцьове зміщення верхівки тромбу нижче за діафрагму або вічка головних печінкових вен.

У всіх пацієнтів оцінювалася частота вказаних чинників та їх прогностичне значення відносно періопераційної летальності та об'єму інтраопераційної крововтрати. Для порівняльної оцінки прогностичних параметрів використовувалася міжгруповий дискримінантний аналіз.

Результати та їх обговорення. Уніваріантний аналіз представив достовірне прогностичне

значення таких чинників, як розміри пухлини більше ніж 15,0 см, супрадіафрагмальна локалізація верхівки тромбу, лівобічні пухлини, максимальний діаметр тромбу більше ніж 3,0 см, наявність кров'яного тромбу нижча за пухлинну, повна блокада кавального кровотоку, ретроградне поширення тромбу, інвазія пухлини у стінку НПВ з необхідністю сегментарної резекції, ECOG більше ніж 1, наявність ознак емболії легеневої артерії до операції. Міжгруповий дискримінантний аналіз продемонстрував, що найбільш значущими чинниками прогнозування як періопераційної летальності, так і масивної інтраопераційної кровотечі є наявність кров'яного тромбу нижча за пухлинну ($F=8,295$), повна блокада кавального кровотоку ($F=7,109$), ретроградне поширення тромбу ($F=9,204$), інвазія пухлини у стінку НПВ з необхідністю сегментарної резекції ($F=6,477$), ECOG більше 1 ($F=3,195$).

Висновок. Результати нашого дослідження продемонстрували, що найважливішими параметрами прогнозу важких і летальних ускладнень при виконанні венакаватромбектомії є чинники, що характеризують особливості пухлинного тромбу, а також параметри, пов'язані із загальним станом пацієнта.

ОБ'ЄМ ФУНКЦІОНУЮЧОЇ ПАРЕНХІМИ НИРКИ ЯК ОБ'ЄКТИВНЕ ПОКАЗАННЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ

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

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Радикальна нефректомія (НФ) і резекція нирки (РН) представляють собою стандартні хірургічні методики при лікуванні локалізованого нирково-клітинного раку (НКР). Проте до цього часу відсутні критерії, що впливають на вибір відповідної хірургічної тактики при лікуванні НКР.

Мета дослідження: визначення основних факторів, що впливають на вибір хірургічної тактики при лікуванні НКР на основі проведення багатофакторного аналізу основних клінічних і нефрометричних параметрів.

Матеріали і методи дослідження. Ретроспективно проаналізовано клінічні дані 1158 пацієнтів з локалізованим НКР ($T_1-T_2N_0M_0$), яким проведе-

но оперативне лікування в 2010–2018 роках. РН проведено в 922 (79,6%) випадках; НФ – в 236 (20,4%). Обидві групи були співставні за основними клініко-демографічними показниками: середній вік становив $M \pm m$ (95% CI) $54,2 \pm 11,1$ (50,8–58,2) року у групі РН і $55 \pm 10,9$ (51,7–58,7) року у групі НФ (Mann–Whitney test; $p=0,49$); співвідношення статі (61,9% чоловіків проти 38,1% жінок у групі РН та 61,7% проти 38,3% у групі НФ) ($\chi^2=0,005$; $p=0,94$); рівень швидкості клубочкової фільтрації – $86,9 \pm 17,8$ (72–99) мл/хв/1,73 м² проти $84,4 \pm 19,8$ (81–101) мл/хв/1,73 м² (Mann–Whitney test; $p=0,59$); ECOG статус Me [25–75%] 1 [0–1] проти 1 [0–1] (Mann–Whitney test; $p=0,41$) відповідно. Для визначення параметрів, що впливають

на вибір хірургічної тактики використовувався однофакторний і багатофакторний аналізи. Були враховані наступні фактори: розмір пухлини, екзо- або ендофітний ріст, близькість пухлини до порожнинної системи нирки і розташування пухлини – в синусі (n=307), полярно (n=464) або латерально (n=387). Об'єм функціонуючої паренхіми нирки (ОФПН) оцінювали за оригінальною методикою. Всі параметри були основані на результатах КТ.

Результати та їх обговорення. Однофакторний аналіз продемонстрував наступні фактори, що впливають на вибір методу оперативного лікування: розмір пухлини (W-Wilcoxon; $p < 0,001$), розташування пухлини ($p < 0,001$: OR полярний проти латерального 1,67 (CI 1,07–2,63), OR латеральний проти синуса 7,2 (CI 5,0–10,4)) і ОФПН (W-Wilcoxon; $p < 0,001$).

В подальшому проведено багатофакторний регресійний аналіз Кокса по 11 параметрах, що можуть впливати на вибір методу оперативного лікування у хворих на локалізований НКР. При побудові прогностичних ROC кривих найбільш оптимальною виявилась нелінійна нейромережева модель, що враховувала три основні параметри (ОФПН, локалізацію і розмір пухлини (AUC=0,92 (95% CI 0,90–0,93) з чутливістю моделі 83,2% (95% CI 78,8–87,0%)) і специфічністю 83,3% (95% CI 80,0–86,3%). В подальшому розроблено номо-

грами, що показують, як ОФПН і розмір пухлини впливають на вибір відповідного методу хірургічного лікування залежно від локалізації пухлини. Для НКР з полярною локалізацією ОФПН > 58% слід розглядати як показання до РН, а для НКР, розташованого в синусі, розмір пухлини менше 38 мм у середньому повинен розглядатися як показання до НЕ. В результаті була розроблена нова нефрометрична система для оцінки НКР - NCIU-нефрометрія, що враховує розташування пухлини (Nearness – центральне розташування пухлини; Collateral – периферичне розташування; Inferior – нижнє полярне; Uppег – верхнє полярне розташування) та ОФПН, і дозволяє визначити показання для проведення РН та НЕ у хворих на локалізований НКР.

Висновок. Розміри пухлини, розташування пухлини і ОФПН є основними факторами, що впливають на вибір методу оперативного лікування локалізованого НКР. NCIU-нефрометрія об'єктивно представляє згадані вище параметри, що дозволяє оптимально планувати хірургічну стратегію лікування НКР. У разі полярного розташування пухлини з ОФПН > 58%, слід проводити РН. При медіальному розташуванні пухлини розмір пухлини є основним фактором, що впливає на вибір хірургічної тактики. Чим менше розмір пухлини (менше 38 мм), тим більш вірогідним є вибір методу лікування на користь РН.

РЕЗЕКЦІЯ НИРКИ ПРИ УРОТЕЛІАЛЬНОМУ РАКУ

*М.В. Пікуль, Е.О. Стаховський, О.А. Войленко,
О.Е. Стаховський, Ю.В. Вітрук, П.С. Вукалович, О.А. Кононенко,
М.В. Мариниченко, С.Л. Семко, Б.О. Гречко*

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Ефективність резекції нирки при уротеліальному раку залишається недостатньо вивченою. Враховуючи високий рівень пацієнтів з нирковою недостатністю після виконання радикального лікування, що унеможлиблює подальшу ефективну хіміотерапію, збереження нирки може відігравати ключову роль у покращенні результатів лікування.

Мета дослідження: визначення доцільності виконання резекції нирки при раку верхніх сечових шляхів з метою зменшення вірогідності розвитку ниркової недостатності та оцінки її онкологічної ефективності.

Матеріали та методи дослідження. Ретроспективний аналіз 9 пацієнтів з пухлинами ча-

шечок, котрі підлягали резекції нирки на базі інституту раку. Оцінка соматичного статусу проводилась на основі коморбідного індексу Чарльсона та ECOG-статусу. Післяопераційні ускладнення характеризувались за допомогою використання шкали Clavien–Dindo. Оцінка загальної та клубочкової фільтрації унілатеральної нирки проводилась на основі даних динамічної реносцинтиграфії. Враховуючи невелику вибірку пацієнтів оцінка клінічних результатів групи проводилась на основі визначення точного тесту Фішера.

Результати та їх обговорення. Період спостереження за пацієнтами коливався в межах від 6 до 88 місяців та в середньому склав 26 місяців.