

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 (СІ 1,07–2,63), OR латеральний проти синуса 7,2 (СІ 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% СІ 0,90–0,93) з чутливістю моделі 83,2% (95% СІ 78,8–87,0%)) і специфічністю 83,3% (95% СІ 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.

Середній вік пацієнтів – 53 роки. Клубочкова фільтрація нирки на стороні ураження в середньому складала 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 нефрєктомії (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