

рим, приступоподібним, пекучого характеру і сягав надзвичайної інтенсивності. Ці болі, як правило, не знімалися багаторазовими ін'єкціями ненаркотичних і наркотичних анагетиків. Характерно і те, що максимальна активність болювого синдрому відзначалася на самого початку хвороби, тобто з моменту розриву внутрішньої оболонки аорти. У 6 хворих відзначалася гематурія, олігурія, за даними УЗД — незначна пієлоектазія. Заочеревна гематома була виявлена при УЗД обстеженні у 19 хворих, при цьому анемія в першу добу захворювання, яка потребувала негайної гемотрансфузії до операції була виявлена лише у 5 (23,8%) хворих з розривом черевного відділу аорти.

Нами встановлені основні причини помилкового діагнозу:

- не враховані фонові захворювання;
- неправильне трактування болювого синдрому в животі;
- відсутність настороженості у лікарів щодо аневризми черевного відділу аорти;
- переоцінка лабораторних даних, наприклад загального аналізу сечі;

#### Адреса для листування

І.Г. Баранов

E-mail: Baranov\_urolog@mail.ru

## АЛГОРИТМ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ МАЛИМИ НИРКОВИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ

В.А. Добровольський <sup>1</sup>, О.М. Лесняк <sup>2</sup>, С.А. Собчинський <sup>1</sup>, О.О. Строй <sup>3</sup>, О.Б. Банира <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Хмельницька обласна клінічна лікарня

<sup>2</sup> Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова

<sup>3</sup> Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

<sup>4</sup> 2-га Комунальна поліклініка м. Львова, Медичний центр Св. Параскеви

**Вступ.** На теперішньому етапі розвитку високоточних діагностичних методик більша частина новоутворень нирки виявляється випадково, під час профілактичних обстежень. Відомо про високий відсоток злоякісності малих ниркових новоутворень (small renal masses, SRM), діаметр яких не перевищує 4,0 см, тому активна хірургічна тактика є виправданою серед цієї категорії. На сьогодні Європейською Асоціацією Урологів рекомендовані 4 основні види хірургічних втручань при SRM, а саме — резекція нирки (РН), енуклеорезекція пухлини (ЕП), радіочастотна абляція (РЧА) та нефректомія без лімфаденектомії (НЕ) у випадках, коли технічно неможливо виконати орга-

— ультразвукове дослідження тільки визначених лікарем ділянок.

За результатами комплексної оцінки клінічних та допоміжних даних обстеження тематичних пацієнтів була запропонована діагностична програма до якої включені основні етапи: оцінка пульсації та аускультация шумів; УЗД нирок з вивченням їх «дихальної рухливості»; УЗД сканування з кольоровим доплером, УЗД з кольоровим доплеровським картуванням черевної аорти, артерій нижніх кінцівок, брахіоцефальних артерій; спіральна комп'ютерна томографія черевної порожнини, ЕКГ, ехокардіографічне обстеження; лабораторні показники загального аналізу сечі, гематокриту, креатиніну, сечовини, коагулограми; оглядова рентгенограма грудної та черевної порожнини; ФГДС при наявності підозри на шлунково-кишкову кровотечу.

**Висновок.** Найбільш частою причиною розбіжності діагнозів є нечітке уявлення практичними лікарями особливостей клінічної картини аневризми аорти, не своєчасне використання рентгенологічного та ультразвукового методів дослідження.

нозберігаючі операції. Хоча покази до кожного виду хірургічного лікування вже сформульовані та відомі, обов'язковою умовою проведення окремої методики є її технічна можливість, тобто здатність до збереження після операції функціонуючої нирки без наступних конверсій. Чіткий алгоритм вибору методу хірургічного втручання у хворих з SRM на даний час відсутній.

**Мета дослідження:** розроблення універсального алгоритму, застосування якого дозволило б обрати ефективний метод органозберігаючого лікування SRM без наступної конверсії.

**Матеріали та методи дослідження.** Ретроспективно було проаналізовано історії хвороб

256 хворих з SRM, у яких застосовувались наступні методи хірургічного лікування: РН — у 107 хворих; ЕП — у 52 хворих; РЧА — у 38 хворих; НЕ — у 59 хворих.

Технічна можливість проведення кожного виду оперативного втручання оцінювалась із врахуванням частоти конверсії первинно обраної методики в інший метод лікування.

Для характеристики пухлини встановлювались наступні параметри:

- відстань від центру пухлини до порожнинної системи нирки (С); відстань від краю пухлини до порожнинної системи нирки (D);
- ступінь інвазії пухлини в порожнинну систему (I);
- розмір пухлини у найбільшому вимірі (S);
- наявність/відсутність пухлинної капсули (Caps);
- латеральна/медіальна локалізація у горизонтальній площині (L).

Ступінь інвазії пухлини в порожнинну систему (I) визначався за допомогою вимірювання відстані від найближчого краю пророслої пухлини до центру воріт нирки, а латеральна чи медіальна локалізація визначались залежно від розміщення 2/3 масиву пухлини відносно сагітальної осі нирки у горизонтальній площині розрізу. Вказані параметри визначались за допомогою комп'ютерної томографії з контрастним підсиленням. Для встановлення кореляції між досліджуваними величинами обчислювались коефіцієнт кореляції Пірсона ( $r$ ) та коефіцієнт бісеріальної кореляції ( $r_{pb}$ ). Кореляція вважалась

присутньою при  $r_{pb} > 0,3$ . Прогностична значимість окремих параметрів встановлювалась із застосуванням логістичної регресії.

**Результати.** Було встановлено відсутність кореляції між відстанню від центру пухлини до порожнинної системи нирки (С) із частотою конверсій, а також наявність кореляції між іншими параметрами, що вимірювались, та частотою невдалих органозберігаючих втручань. За допомогою ранжирування параметрів окремим значенням досліджуваних величин було присвоєно певні бали від 0 до 5 з урахуванням абсолютних значень коефіцієнтів кореляції ( $r$ ) та створено відповідну шкалу.

На основі аналізу значень сумарного бала кожної з пухлин та результатів їх хірургічного лікування та з урахуванням показників, характерних для випадків конверсій, нами було розроблено алгоритм вибору методу хірургічного лікування хворих з SRM.

Також нами було встановлено, що сумарний бал за розробленою шкалою може вважатись незалежним прогностичним фактором розвитку ускладнень внаслідок органозберігаючих операцій на нирці (hazard ratio [HR] для сумарного бала 2–8 vs 0–1: 13,627; HR для сумарного бала  $\geq 9$ –11 vs 0–1: 28,324).

**Висновки.** Розроблений алгоритм із обрахуванням сумарного бала може бути застосований під час вибору методу органозберігаючого лікування у хворих із малими нирковими новоутвореннями. Для оцінки дієвості запропонованої методики слід провести низку проспективних досліджень із залученням великої кількості пацієнтів.

#### Адреса для листування

О.Б. Банира  
E-mail: banyra@mail.ru

## ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МІКРО-РИБОНУКЛЕЇНОВИХ КИСЛОТ В ОНКОУРОЛОГІЇ

С.О. Возіанов <sup>1</sup>, О.О. Строй <sup>2</sup>, О.В. Шуляк <sup>1</sup>

<sup>1</sup> ДУ «Інститут Урології НАМН України»

<sup>2</sup> Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Мікро-рибонуклеїнові кислоти (мікро-РНК, мікро ribonuclear acids, miRNAs) — біоактивні субстрати, які представлені невеликими молекулами рибонуклеїнової кислоти, що переважно складаються з 18–25 нуклеотидів та присутні

в клітинах рослин, тварин, людини та певних вірусів. У організмі людини присутні більше 1000 miRNA, котрі націлені на близько 60% наявних в людському організмі генів та представлені в усіх тканинах та середовищах організму, а