

объемной скорости кровотока через непережатый венозный сосуд. Однако, на величину венозного давления в просвете изолированного сегмента НПВ влияет не только поступление крови через различные притоки, но и последовательность наложения зажимов на полую вену. В нашей работе первый зажим накладывался выше тромба, что приводило к сохранению повышенного давления венозной крови в изолированном сегменте НПВ после пережатия контралатеральной почечной вены и полую вену ниже тромба. Именно этим мы объясняем ложно-положительное заключение, зафиксированное при использовании критерия "венозное давление". Безусловно, обратная методика наложения турникетов сопровождается меньшим подъемом давления венозной крови в изолированном сегменте НПВ. Первоначальное пережатие НПВ выше тромба оправдывалось частой необходимостью пальцевого смещения верхушки опухолевого тромба вниз (ниже устьев главных печеночных вен или ниже хвостатой доли печени) и предотвращением эмболии легочной артерии в результате фрагментации тромба.

Низкая специфичность критерия "венозное давление", связанная возможностью высокого венозного давления в изолированном сегменте НПВ при отсутствии активного притока крови через поясничные вены, привела к необходимости использования другого критерия - "повторное заполнение трубки кровью". Этот критерий оказался весьма специфичным и имел высокое положительное предсказательное значение, так как не сопровождался ложно-положительными результатами. То есть, положительное заключение данного теста очень точно предсказывало кровотечение после кавотомии. Однако, мы зафиксировали три ложно-негативных результата при применении этого критерия и три ложно-негативных заключения при использовании критерия "венозное давление", что с нашей точки зрения связано с массивными размерами тромбов, которые полностью или почти полностью заполняли просвет изолированного сегмента нижней полую вены. Ложно-негативные результаты были обусловлены трудностями проведения иглы между тромбом и стенкой вены, а также тем, что тромб блокировал поступление крови из устьев венозных притоков. Поэтому мы не рекомендуем использование пункционного теста у пациентов с опухолевыми тромбами, которые полностью обтурируют просвет НПВ.

Заключение

Пункционный тест, включающий критерий повторного заполнения трубки кровью, обладает высокой специфичностью и положительным предсказательным значением (100%) при чувствительности 81,3%. Для параметра "венозное давление" значения большей части показателей информативности превышают 80%. Использование данной методики позволяет выделить группу пациентов, имеющих высокий риск кавального кровотечения при проведении тромбэктомии. У этой группы больных необходимо тщательное выделение поясничных вен в области каворенального соустья до этапа кавотомии и эвакуации тромба. Пункционный тест недостаточно информативен при массивных тромбах, которые полностью заполняют просвет нижней полую вены.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЯ ПУХЛИН ЯЄЧКА У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

Лисовий В.М., Хареба Г.Г., Гарагатий І.А., Ханжін В.В.

Харківський національний медичний університет

КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології та нефрології ім. В.І.Шаповала», м. Харків

Введення. Пухлини яєчка становлять 1-1,5% в структурі загальної онкологічної захворюваності, найбільш часто зустрічаються у віці 15-44 років і є основною причиною смерті від злоякісних новоутворень чоловіків у цій віковій групі. Пухлини яєчка розрізняються за гістологічним типом, але 90-95% випадків припадає на герміногенні форми [La Vecchia et all, 2010].

З клінічної точки зору важливий поділ герміногенних пухлин на дві групи: семіноми і несеміноми, до яких відносяться ембріональний рак, тератома, пухлина жовткового мішка, хоріон карцинома – окремо або в поєднанні як одне з одним, так і з семіномним компонентом. Ефективність лікування і відповідно прогноз захворювання при цих пухлинах значно різняться.

Мета дослідження. Провести аналіз епідеміологічних та патоморфологічних характеристик пацієнтів з первинно виявленою пухлиною яєчка.

Матеріали та методи. Проаналізовано випадки вперше виявлених пухлин яєчка в період з 2012 по 2014 рік у пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОКЦУН ім.

В.І.Шаповала. Проведено оцінку за такими параметрами: кількість випадків кожної з форм пухлин яєчка та їх питома вага, вік пацієнтів, кількість місцево-запущених форм з урахуванням патоморфологічної форми пухлини.

Результати дослідження.

З 2012 по 2014 рік в ОКЦУН діагностовано і прооперовано 78 пацієнтів з пухлинами яєчка. У 2012 році було виявлено – 25 нових пацієнтів, в 2013 – 27, і в 2014 – 26 хворих. Всі виявлені пухлини яєчка були злоякісними.

Висновки.

- За останні 3 роки кількість нових випадків пухлин яєчка щорічно було практично однаковою.
- Герміногенні пухлини яєчка складають 97,4%, що вище за представлені в літературі дані.
- Відзначено значно більшу, порівняно зі світовими даними, питому вагу семіном (52,6%).
- Друге місце за розповсюдженістю займає тератокарцинома яєчка – 12,8%, а третє і четверте місця ділять ембріональний рак та лімфоми яєчка – по 11,5%.
- Найбільш часто занедбані стадії розповсюдження первинної пухлини зустрічаються серед лімфом (44,4%), ембріонального раку (33,3%) і семіном (22,5%).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУНКЦИОННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ПРОСТЫХ КИСТАХ ПОЧЕК

Майсара Абдельрахман

Харьковский национальный медицинский университет

Введение. В настоящее время стандартными лечебными технологиями при простой кисте почки (ПКП) являются пункционная склеротерапия и эндоскопические вмешательства. Вместе с тем, несмотря достаточно полную разработку проблемы все еще противоречивы и не вполне конкретизированы критерии клинической эффективности лечения.

Материалы и методы. Проанализировано развитие клинической симптоматики от размеров и локализации ПКП, а так же критерии клинической эффективности одномоментной перекутанной пункции ПКП под ультразвуковым наведением с аспирацией содержимого и инстилляцией склерозанта (этиловый спирт 96%) в течение 12 месяцев наблюдения. В исследование включены 98 наблюдений субкапсулярной – 38 (38,8%), интрапаренхиматозной – 27 (27,5%) и парапельвикальной – 33 (33,7%) односторонней локализации ПКП, их размеры колебались от 2,5 до 21 см в диаметре. Клиническими проявлениями сопровождались 57 (58,2%) наблюдений ПКП («симптомные кисты»), в то числе при субкапсулярной – 27, интрапаренхиматозной – 11 и парапельвикальной – 19 локализациях. Во всех случаях «симптомных» ПКП была произведена пункционная склеротерапия. Бессимптомные ПКП (41), выявленные «случайно» при ультразвуковом исследовании, явились группой сравнения.

Результаты исследований. Клиническая симптоматика и жалобы больных при ПКП в основном носили скудный и непатогномичный характер. Основной причиной побудившей к обращению за медицинской помощью была боль в поясничной области на стороне поражения – 57 (100,0%). Артериальная гипертензия встречена в 19 (33,3%) и, в первую очередь, при локализации кист в воротах почки – 14 (73,7%), реже при их интрапаренхиматозном расположении – 3 (27,3%) и практически не выявлялась при субкапсулярных вариантах ПКП – 2 (7,4%); лейкоцит- и/или эритроцитурия – 7 (12,3%); нарушения уродинамики – 4 (7,1%). Средние размеры «симптомных» ПКП оказались явно больше чем при «бессимптомных» новообразованиях. Для субкапсулярных ПКП средний диаметр составил – $10,9 \pm 1,5$ см ($\geq 9,0$ см) против $7,1 \pm 1,1$ см; для интрапаренхиматозных – $5,2 \pm 0,7$ см ($\geq 4,0$ см) против $3,1 \pm 0,8$ см; для парапельвикальных – $7,5 \pm 1,4$ см ($\geq 6,0$ см) против $4,7 \pm 1,1$ см соответственно.

Клинический эффект одномоментной пункционной склеротерапии в основном сопровождался уменьшением или исчезновением болевых ощущений, что имело место в абсолютном большинстве наблюдений – 91,5% вне зависимости от исходной локализации кист. Снижение и стабилизация артериального давления на более низком уровне имело место в 10 (52,6%) из 19 (100,0%) случаев исходной артериальной гипертензии, в основном при парапельвикальных ПКП.

Темп регрессии размеров кист после пункционной склеротерапии в основном зависел от их первоначального размера, был наиболее выражен при размерах ПКП до 5 см (через три месяца исчезает близко половины кист; в течение полугода их основная часть – до 80%; в течение года – 100%). При ПКП от 6 до 10 см – через три месяца регрессирует 30% кист; через полгода – 75%;