

ШШИТАЛЬНА ХІРУРГІЯ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- клінічна хірургія
- оперативна й експериментальна хірургія
- реконструктивна і пластична хірургія
- трансфузіологія і хірургічна гематологія
- урологія
- нейрохірургія
- клінічна анестезіологія і реаніматологія

ПОВІДОМЛЕННЯ

- помилки і ускладнення в хірургії
- нотатки з практики і досвіду роботи
- раціоналізаторські пропозиції і винаходи
- галерея вітчизняних хірургів
- нова медична техніка і технологія
- інформація

1/2013

ТЕРНОПІЛЬ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України"

ДУ "Інститут урології АМН України"

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України

ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України"

Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова АМН України

ДУ "Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України"

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України

ШПИТАЛЬНА ХІРУРГІЯ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Виходить щоквартально

Заснований у січні 1998 року

SHEI "Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine"

SE "Institute of Urology of AMS of Ukraine"

National Institute of Surgery and Transplantology by O.O. Shalimov of AMS of Ukraine

SE "Institute of Neurosurgery by Academician A.P. Romodanov of AMS of Ukraine"

National Institute of Cardiovascular Surgery by M.M. Amosov of AMS of Ukraine

SE "Institute of Blood Pathology and Transfusional Medicine of AMS of Ukraine"

National Medical Academy of Postgraduate Education by P.L. Shupik of MPH of Ukraine

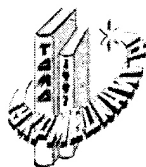
HOSPITAL SURGERY

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Published 4 times per year

Founded in January 1998

1(61)/2013



ТЕРНОПІЛЬ

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР
Л.Я.Ковальчук

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

В.В. Бігуняк (відповідальний редактор)
В.В. Бойко
Ю.І.Бондаренко
І.К. Венгер
О.Ф. Возіанов
В.Б. Гоцинський
М.С. Гнатюк
І.Я. Дзюбановський (відповідальний секретар)
В.І. Дрижак
Ю.О. Зогуля
В.Й. Кімакович
О.М. Кіт
Г.В. Книшов
Ф.Г. Назиров
М.Ю. Ничитайло
В.Л. Новак
В.Ф. Саєнко
Ю.С. Семенюк
В.О. Шідловський

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Х.А. Акілов (Ташкент)
М.М. Бондаренко (Дніпропетровськ)
М.М. Велигоцький (Харків)
М.М. Волобуєв (Сімферополь)
І.І. Гук (Відень)
В.В. Грубник (Одеса)
М.П. Захараш (Київ)
В.М. Короткий (Київ)
В.І. Мамчич (Київ)
О.С. Ніконенко (Запоріжжя)
О.О. Ольшанецький (Луганськ)
М.П. Павловський (Львів)
А.П. Радзіховський (Київ)
М.І. Тутченко (Київ)
П.Д. Фомін (Київ)
В.І. Цимбалюк (Київ)
В.О. Шапринський (Вінниця)
М.Г. Шевчук (Івано-Франківськ)
І.В. Ярема (Москва)

Журнал включено до Переліку № 1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватись результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата та доктора наук (додаток до Постанови Президії ВАК України від 9.06.99 № 1 – 05/7). Перереєстровано Президією ВАК України 8.07.2009 р. № 1 – 05/3.

Рекомендовано до видання вченою радою ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України” (протокол № 10 від 12 лютого 2013 р.).

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №3024 від 27.01.1998 р.

Рукописи рецензуються. Редколегія залишає за собою право редагування. Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації. При передруці або відтворенні повністю або частково матеріалів журналу “Шпитальна хірургія” повинні бути обов’язково.

Адреса редакції: майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001,
медичний університет, наукова частина
журнал “Шпитальна хірургія”.
Тел. (0352) 52-45-54, 43-49-56.

© ВДВ “Укрмедкнига”, 2013
© “Шпитальна хірургія”, 2013

Зогуля К.
гічної дія
тебро-ба
стенозам

Лоскутов
серця і ро

Цимбалю
вання сив
для прями

Герасимч
рівняльн
ної рани у

Дрюк М.
захворюв
лікуванні

Грубник Е
чева К. О.
техническ

Фомін П.
зу при ви
рих на пу

Годуров І
тенко О.
психв гри

Вешемрай
фізіологес
операційно

Футуйма
вобіт після

ЕВ

Ковальчук
зміна стру
тально зме
свою гіпер

Мерещук
нину у твар
мово на тл

Криворучко
психіатрич
мова льно

Левин М. О.
психіатрич

Олійник О.
стажу при
трим респі

Черемшук
парку зтор

Варовський
рослопично

Цимбалюк
субстрату
ліній опов

ШПИТАЛЬ

Зміст

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Зозуля К. М., Яковенко Л. М. Особливості клініко-неврологічної діагностики порушень мозкового кровообігу в вертебро-базиллярному басейні, зумовлених вертеброгенними стенозами хребцевих артерій

5

Лоскутов О. А. Використання штучної електричної фібриляції серця і розчину Бретшнейдера при ревазуляризації міокарда

13

Цимбалюк Ю. В. Попередні результати хірургічного лікування синдрому грудного виходу з використанням системи для прямої довготривалої електростимуляції

17

Герасимчук П. О., Павлышин А. В., Головата Т. К. Порівняльна морфологічна характеристика гострої та хронічної рани у хворих на синдром діабетичної стопи

22

Дрюк М. Ф., Кіримов В. І., Домбровський Д. Б. Облітеруючі захворювання судин нижніх кінцівок у дітей: нові підходи у лікуванні з використанням клітинних технологій

26

Грубник В. В., Ткаченко А. І., Прикупенко М. В., Воротынцева К. О. Нестандартные лапароскопические операции при технически сложных холецистэктомиях

32

Фомін П. Д., Гула Г. В. Особливості ендоскопічного гемостазу при виразкових гастродуоденальних кровотечах у хворих на цукровий діабет 2 типу

36

Тодуров І. М., Білянський Л. С., Косюхно С. В., Перехрестенко О. В., Калашніков О. О. Патогенетичні аспекти рубцевих гриж у хворих на морбідне ожиріння

41

Вельгощай Н. Н., Дедух Н. В., Камарчук В. В., Камарчук Е. В. Морфологические предпосылки неудовлетворительных результатов оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы

44

Футуйма Ю. М. Синдром остеодистрофії та локальний кровообіг після хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка

48

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ковальчук О. Л., Хорош В. Я., Мисак А. І. Морфологічні зміни структурних компонентів простати при експериментально змодельованому хронічному простатиті з доброякісною гіперплазією передміхурової залози

52

Мерецький В. М., Корда М. М. Особливості ліпідного обміну у тварин з експериментальною черепно-мозковою травмою на тлі цукрового діабету

56

Кривчицька І. Я., Орел Ю. М., Клішч І. М. Морфометричні показники печінки у щурів із модельованим гепатопульмональним синдромом

61

Левків М. О., Шулхай А. Г. Електронно-мікроскопічні зміни ацинарних відділів привушної слинної залози при механічній жовтяниці

65

Олійник О. В., Доброродний А. В. Розлади кисневого гомеостазу при експериментальному сепсисі, ускладненому гострим респіраторним дистрес-синдромом

70

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Чорномидз А. В. Функціональний стан ендотелію судин мікроциркуляторного русла у хворих на гострий панкреатит

73

Воровський О. О. Небезпечні ситуації при виконанні лапароскопічної герніопластики

78

Цимбалюк А. В., Гуда Н. В., Кирік О. О. Використання подрібненого субстрату ліофілизованого ксенодермоімплантата для місцевого лікування опікових хворих з інфікованими ранами III–IV ступенів

81

Contents

ORIGINAL INVESTIGATIONS

Zozulya K. M., Yakovenko L. M. Peculiarities of clinical and neurological diagnosis of cerebral circulation disorders in the vertebro-basilar basin caused by vertebral stenosis of vertebral arteries

5

Loskutov O. A. The use of artificial electrical cardiac fibrillation and Bretschneider solution at myocardial revascularization

13

Tsybaliuk Yu. V. Preliminary results of surgical treatment of thoracic outlet syndrome using direct long-term electrical stimulation

17

Herasymchuk P. O., Pavlyshyn A. V., Holovata T. K. Comparative morphological characteristics of an acute and chronic wound in patients with syndrome of diabetic foot

22

Druk M. F., Kirimov V. I., Dombrovskiy D. B. Obliterans diseases of vessels of lower limbs in children: new approaches in treatment using the cell technologies

26

Hrubnyk V. V., Tkachenko A. I., Prykuppenko M. V., Vorotyntseva K. O. Non-standard laparoscopic surgeries at technically difficult cholecystectomy

32

Fomin P. D., Hula H. V. Endoscopic hemostasis specific features at ulcerous gastroduodenal bleedings in patients with type 2 diabetes mellitus

36

Todurov I. M., Bilianskyi L. S., Kosiukhno S. V., Perekhrestenko O. V., Kalashnikov O. O. Pathogenic aspects of seam hernias in patients with morbid obesity

41

Velyhotskyi N. N., Dedukh N. V., Komarchuk V. V., Komarchuk E. V. Morphological preconditions of bad results of surgical treatment of hernias of esophageal hiatus

44

Futuyma Yu. M. Osteodystrophy syndrome and local blood circulation after surgical treatment of gastric ulcer

48

EXPERIMENTAL INVESTIGATIONS

Kovalchuk O. L., Khorosh V. Ya., Mysak A. I. Morphological changes of the structural components of the prostate at experimental simulated chronic prostatitis with benign prostatic hyperplasia

52

Meretskyi V. M., Korda M. M. Peculiarities of lipid metabolism in animals with experimental brain injury against the background of diabetes mellitus

56

Krynytska I. Ya., Orel Yu. M., Klishch I. M. Morphometric parameters of the liver in rats with modulated hepatopulmonary syndrome

61

Levkiv M. O., Shulhay A. H. Electron microscopic changes of acinar parts of parotid salivary gland in the course of obstructive jaundice

65

Oliyynik O. V., Dobrorodnyy A. V. Oxygen homeostasis disturbance at experimental sepsis, complicated with an acute respiratory distress-syndrome

70

EXPERIENCE OF WORK

Chornomydz A. V. Functional state of endothelium of vessels of microvascular bed in patients with an acute pancreatitis

73

Vorovskyi O. O. Dangerous situation when performing laparoscopic hernioplasty

78

Tsybalyuk A. V., Huda N. V., Kyryk O. O. Usage of the morselized substrate of liophilized xenograft for local treatment of the III–IV stage infected burn wounds

81

- Дрижак В. І., Назарко Г. І., Зюбровський А. П., Баранніков К. В.* Первинний рак печінки: захворюваність, причини, діагностика та лікування **85**
- Гоцинський В. Б., Гаврилюк М. В., Козут В. Г.* Про деякі технічні й тактичні аспекти виконання ендовенозної лазерної коагуляції **89**
- Андреев Г. И., Логачев В. К.* Несформировавшиеся кишечные свищи, расположенные на экстринированных петлях. Нестандартные ситуации – стандартные решения **92**
- Панасенко С. І., Шейко В. Д., Лігоненко О. В., Крижановський О. А., Митченко В. М.* Анехогенні холеліти **95**
- Грубар Ю. О., Невістюк В. І., Грубар М. Ю.* Застосування різних методів остеосинтезу та їх ефективність в лікуванні різних переломів ключиці **98**
- Запорожченко Б. С., Качанов В. Н., Зубков О. Б., Бородаєв І. Е., Мурав'єв П. Т.* Выбор метода наложения панкреатоjejунного анастомоза при панкреатодуоденальных резекциях **103**
- Бенедикт В. В.* Непрохідність тонкої кишки. Спірні питання щодо дренивання травного каналу **107**
- Дронов А. И., Крючина Е. А., Горлач А. И., Добуш Р. Д.* Экцентрация таза в лечении первичных и рецидивных злокачественных опухолей **111**
- Мальована І. В.* Ускладнення під час трахеотомії **114**
- Шепетько Е. Н., Шепетько А. Е., Ефремов В. В., Гармаш Д. А., Струменський Д. А., Козак Ю. С.* Нестандартные ситуации в хирургии осложненных юкстапепиллярных язв **118**
- Табалюк Т. А.* Результати лікування кератоконусу методом рогівкового крос-лінкінгу **125**
- ✓ *Русин В. І., Корсак В. В., Русин А. В., Бойко С. О.* Пораження функції контралатеральної нирки при обтуративних пухлинних тромбах інтерренального сегмента нижньої порожнистої вени **128**

ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Семенюк Ю. С., Фомін П. Д., Дзюбановський І. Я., Височанський В. І. Про інформативність “Звіту лікувально-профілактичного закладу” (форма № 20) в частині відображення об'єктивних показників діяльності при оцінці якості хірургічної допомоги **132**

ПОВІДОМЛЕННЯ

- П'ятночка І. Т., Корнага С. І., Добуш Ю. В.* Відеоторакоскопія в клініці туберкульозу **137**
- Бойко В. В., Иванова Ю. В., Мушенко Е. В., Савви С. А., Гамидов А. Н., Кудревич А. Н.* Опыт применения отсроченных кишечных анастомозов при перитоните **139**
- Іоффе О. Ю., Буренко Г. В., Стець М. М., Перепадія В. М., Повч О. А.* Особливості клініки та діагностики обтуративної непрохідності тонкої кишки **142**
- Поліщук В. Т., Невмержицький І. М., Дикий О. Г., Кудін І. П., Заболотнюк Р. В.* Ангіосаркома нижньої порожнистої вени (клінічний випадок) **144**
- Пустовойт П. І., Горячий В. В., Мищенко В. В., Сагатovich В. А., Харьковський С. І.* Нестандартная ситуация в трансплантологии при поликистозе почек **146**
- Шапринський В. О., Кривецький В. Ф., Камінський О. А., Шапринський С. В., Поліщук В. І., Домбровський В. Ю., Божок С. М., Процик О. І., Усатюк Ю. О., Гончаренко В. Т., Романчук В. Д.* Нестандартні ситуації в хірургічній практиці, пов'язані з ускладненнями травматичних ушкоджень діафрагми **148**
- Рецензія на монографію “Некротизуючий фасциїт” / М. В. Гринев, Кир. М. Гринев. – СПб. : Гиппократ, 2008. – 120 с. **150**

VIEW ON THE PROBLEM

Semeniuk Yu. S., Fomin P. D., Dziubanovskiy I. Ya., Vysochanskyi V. I. About informativity of “Report of medical-prophylactic institution” (form № 20) in the part of reflecting of objective indices of the activity at the assessment of surgical care quality **132**

REPORTS

- Pyatnochka I. T., Kornaha S. I., Dovbush Yu. V.* Videothoracoscopy in tuberculosis clinic **137**
- Boyko V. V., Ivanova Yu. V., Mushenko E. V., Savvi S. A., Hamidov A. N., Kudrevych A. N.* The experience application of delayed bowel anastomosis at peritonitis **139**
- Ioffe O. Yu., Burenko H. V., Stets M. M., Perepadia V. M., Povch O. A.* Peculiarities of clinic and diagnostics of obturation obstruction of the bowel **142**
- Polishchuk V. T., Nevmerzhytskyi I. M., Dykyi O. H., Kudin I. P., Zabolotniuk R. V.* Angiosarcoma of the inferior cava (clinical case) **144**
- Pustovoyt P. I., Horiachyi V. V., Mishchenko V. V., Sahatovych V. A., Kharkovskiy S. I.* Non-standard situation in transplantology at polycystic kidney **146**
- Shaprynskyi V. O., Kryvetskyi V. F., Kaminskyi O. A., Shaprynskyi Ye. V., Polishchuk V. I., Dombrovskiy V. Yu., Bozhok S. M., Protsyk O. I., Usatiuk Yu. O., Honcharenko V. T., Romanchuk V. D.* Non-standard situation in surgical practice associated with complications of traumatic injuries of the diaphragm **148**
- Critique for the monograph “Necrotizing fasciitis” / M. V. Hrynev, Kyr. M. Hrynev. – SPb. : Hippokrat, 2008. – 120 p. **150**

© В. І. РУСИН, В. В. КОРСАК, А. В. РУСИН, С. О. БОЙКО

ДВНЗ "Ужгородський національний університет"

Порушення функції контралатеральної нирки при обтуравальних пухлинних тромбах інтерренального сегмента нижньої порожнистої вени

V. I. RUSYN, V. V. KORSAK, A. V. RUSYN, S. O. BOIKO

SHEI "Uzhhorod National University"

THE DYSFUNCTION OF THE CONTRALATERAL KIDNEY ATTACHED TO OCCLUSIVE TUMOR THROMBUS IN INTERRENAL SEGMENT OF THE INFERIOR VENA CAVA

У роботі представлено 4 випадки нирково-клітинного раку, ускладненого обтуравальними пухлинними тромбами інтерренального сегмента нижньої порожнистої вени. За допомогою динамічної реносцинтиграфії у всіх випадках було виявлено більш значне порушення функції здорової нирки, ніж ураженої пухлиною. Єдиним методом лікування даного контингенту хворих є оперативний.

Four cases of renal cell carcinoma that's complicated by occlusive tumor thrombus in interrenal segment of the inferior vena cava are adduced. Significantly more dysfunction of the healthy kidney than affected by tumor was found in all cases by dynamic renoscintigraphy. Operative treatment is the only for this group of patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Нирково-клітинний рак (НКТ) складає близько 90–95 % усіх гістологічних форм пухлин нирки [4]. В Україні у 2011 році рівень захворюваності на НКТ становив 11,5 на 100 тис. населення, причому в 5 тис. 245 осіб було вперше зареєстровано випадки захворювань нирки, з яких I–II стадію мали 50,8 %, III стадію – 24,8 % і IV стадію – 20,8 % [1]. І дотепер "золотим стандартом" хірургічного лікування НКТ залишається радикальна нефректомія.

Для хірурга, який планує видалити нирку, важливим моментом є володіння інформацією про те, чи є у пацієнта друга нирка та який її функціональний стан. З'ясування функціонального стану нирок при місцево-розповсюдженому НКТ, ускладненому венозною інвазією, має надзвичайно важливе значення, оскільки тактика лікування даних пацієнтів заздалегідь передбачає нефректомію та тромбектомію, при якій штучно створюються умови тимчасового порушення кровотоку в контралатеральній нирці, що, в свою чергу, відображається на її функціональному стані. Ці обставини спонукають до дуже ретельного вивчення функціонального стану нирок у хворих на НКТ, ускладнений венозною інвазією, на діагностичному етапі, щоб попередити можливий стрімкий розвиток ниркової недостатності в післяопераційному періоді.

Мета роботи: визначити особливості функціонального стану контралатеральної нирки при нирково-клітинному раку, ускладненому венозною інвазією.

Матеріали і методи. У дослідження включено 4 хворих на нирково-клітинний рак, ускладнений венозним тромбозом. Усі пацієнти чоловіки, віком від 54 до 73 років. Діагностичний алгоритм складався із клінічних, лабораторних, променевих та гістологічних методів, прийнятих в онкоурології.

Функціональний стан нирок визначали за допомогою радіоізотопної реносцинтиграфії та динамічної нефросцинтиграфії, а також за рівнем роздільної і сумарної швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ). Для дослідження використовували гломерулотропний радіоактивний ізотоп технецію (Tc-99m-DTPA), який вводили внутрішньовенно із розрахованою активністю об'ємом 0,3–0,5 мл. Тривалість дослідження становила 20–30 хв, збір інформації проводили з експозицією 1 кадр за 1 хв. Датчики розташовували над кожною ниркою та над серцем. За результатами комп'ютерного опрацювання отримували криві із зони інтересу: серцева крива, правої та лівої нирки. Детальному аналізу піддавали сегменти кривих кожної нирки, отриманих на радіоізотопних ренограмах.

Поширення пухлинного тромбу в нижній порожнистій вені (НПВ) оцінювали за 5 рівнями розпов-

суюдження згідно з класифікацією клініки Mayo [3]: Так, II рівень венозного поширення пухлинного тромбу виявлено у 2 пацієнтів, III рівень – у 2. Усі пацієнти мали світлоклітинний НКР у стадії T₃N₀M₀, ускладнений пухлинною венозною інвазією. Усім хворим проведено хірургічне лікування: радикальну нефрэктомію, тромбектомію, яка у всіх випадках завершена неповною апаратною кавалікацією. Радикальна нефрэктомія з тромбектомією із НПВ виконана з трансабдомінального двобічного підходу в модифікації за типом "Чевот" [4].

Усі пацієнти мали ознаки порушення функції нирок, яке не приводить до порушення функції нирки в післяопераційному періоді.

Як приклад, наводимо клінічне спостереження за пацієнтом Л., 1955 р. н. Хворий госпіталізований в клініку зі скаргами на виражену загальну слабкість, тупий біль у правій поперековій ділянці. Вважає себе хворим близько 2 міс., коли з'явилися вищевведені скарги. Лабораторні дослідження крові до операції: гемоглобін – 103 г/л; еритроцити – 3,8x10¹²/л; лейкоцити – 3,1x10⁹/л; ШОЕ – 19 мм/год; цукор крові – 5,2 ммоль/л; загальний білок – 84,4 г/л; загальний білірубін – 11,0 мкмоль/л; креатинін – 189,71 мкмоль/л; сечовина – 8,38 ммоль/л; інші показники в межах норми. За даними ультравукової дослідження, печінка помірно збільшена, діляно збільшена, без бульб-яких вогнищевих утворів. Жовчовивідні протоки не розширені. Права нирка розміром 124x20 мм, паренхіма ущільнена розміром 19 мм, чашечки підкреслені розміром 5 мм, ниркова миска розширена до 20 мм. У середній третині нирки візуалізується солідний неоднорідний ехогенний утвір розміром 5x61 мм, який виходить за контур правої нирки. Нижня порожниста вена – 24-27 мм, містить неоднорідної ехогенності тромб розміром 38x74 мм, який піднімається в запечинковий простір НПВ. Доплерографія виявлено зниження лінійної швидкості руху крові в НПВ до 1,5 см/с. Ліва нирка розміром 114x52 мм, паренхіма середньої ехогенності розміром 18 мм, збільшена системою не розширена. За даними МСКТ, виявлено об'ємний утвір правої нирки розміром 53x64 мм, який локалізується в середній третині нирки і виходить за її зовнішній контур; у НПВ тромб розміром 38x78 мм, який розповсюджується від рівня ниркових до рівня печінкових вен; печінка без вогнищевих утворів; параспортивні та паракавальні лімфатичні вузли не візуалізуються; надниркова залоза не збільшена. Дані динамічної реосцинтиграфії представлені на рисунку 1.

Хворому проведено хірургічне лікування: лапаротомія із трансабдомінального двобічного підходу в модифікації за типом "Чевот", правобічна нефрэктомія, тромбектомія із НПВ (рис. 2), неповна апаратна кавалікація вище ниркової вен. Буль-яких ускладнень під час операції та в післяопераційному періоді не було. Лабораторні дослідження крові на 5-ту добу після операції: гемоглобін – 94 г/л; еритроцити – 3,3x10¹²/л; лейкоцити – 3,6x10⁹/л; ШОЕ – 36 мм/год; цукор крові – 4,2 ммоль/л; загальний білок – 70,8 г/л; загальний білірубін – 8,0 мкмоль/л; креатинін – 160,24 мкмоль/л; сечовина

Тому незважаючи на домінуюче зниження функції нирок, операція виконана в післяопераційному періоді. Прометована стінка судини, яка може стігтвати виділення, оскільки залишається анатомічно скомпенсована, є потенційно ембологенною після їх видалення, які фіксовані до стінки НПВ, а потім виконана неповною апаратною кавалікацією. Ми вважаємо, що тромби, які фіксовані до стінки НПВ, є потенційно ембологенними після їх видалення. Завершальним етапом кожної тромбектомії було виконання неповної апаратної кавалікації. а сам тромб повністю оклюзував НПВ за II чи III рівнем різної площі ділянки фіксації до стінки НПВ, яка була різною з них під час тромбектомії була виявлена. У кожного з них під час тромбектомії була виявлена лікуваність хворих є оперативним лікуванням даного контингенту хворих є оперативним лікуванням даного контингенту хворих, що єдиним методом беручи до уваги той факт, що єдиним методом (22,7±8,3) мл/хв відповідно).

Середні значення ШКФ здорової нирки були нижчими, ніж ураженої пухлинною ниркою (18,4±6,2) і більше ніж на 50% від нормального рівня, що не було діагностовано іншими методами обстеження. Зниження ШКФ ураженої чи обох нирок виявлено у всіх хворих, причому зниження відбувалося більше ніж на 50% від нормального рівня, що не було діагностовано іншими методами обстеження. Середні значення ШКФ здорової нирки були нижчими, ніж ураженої пухлинною ниркою (18,4±6,2) і більше ніж на 50% від нормального рівня, що не було діагностовано іншими методами обстеження. Зниження ШКФ ураженої чи обох нирок виявлено у всіх хворих, причому зниження відбувалося більше ніж на 50% від нормального рівня, що не було діагностовано іншими методами обстеження. Зниження ШКФ ураженої чи обох нирок виявлено у всіх хворих, причому зниження відбувалося більше ніж на 50% від нормального рівня, що не було діагностовано іншими методами обстеження.

Результати досліджень та їх обговорення.

У всіх хворих після проведення реосцинтиграфії було виявлено значне порушення функції здорової нирки, яке чітко фіксувалося на кривих ренограм та на клінічних характеристиках розширеної ШКФ нирок. Ізогенний тип кривої був характерним для всіх випадків на боці ураженої пухлинною ниркою ускладненою венозною інвазією. Крім того, ми спостерігали більшу вираженість ізогенний тип кривої на боці здорової нирки, при якому сама амплітуда кривої була майже в 2 рази нижчою, ніж на стороні ураженої пухлинною ниркою. На нашу думку, причиною більш виражених порушень функції не ураженої пухлинною ниркою могло бути вивільнення значного розповсюдженого відтоку внаслідок значного розповсюдження венозного тромбу і створення механічної перешкоди відтоку крові при недостатності відкриття можливих коллатералей, яке призвело до розвитку протресуючої дисфункції здорової нирки за рахунок

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Закарпатський обласний клінічний онкологічний диспансер
Клінічне дослідження: Динамічна реносцинтиграфія з Tc99m-ДТПА

Ім'я пацієнта: Л.

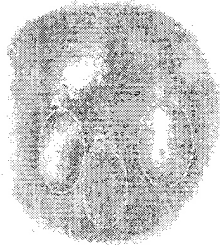
Дата народження: 1955;

Дата дослідження: 06-12-12;

Номер дослідження: стать;
навантаження 4,6 мЗв

Ізотоп: Tc99m;

Активність (доза):; Променева



А – Ліва нирка
В – Права нирка
С – Серце
D – Фон для лівої нирки
Е – Фон для правої нирки

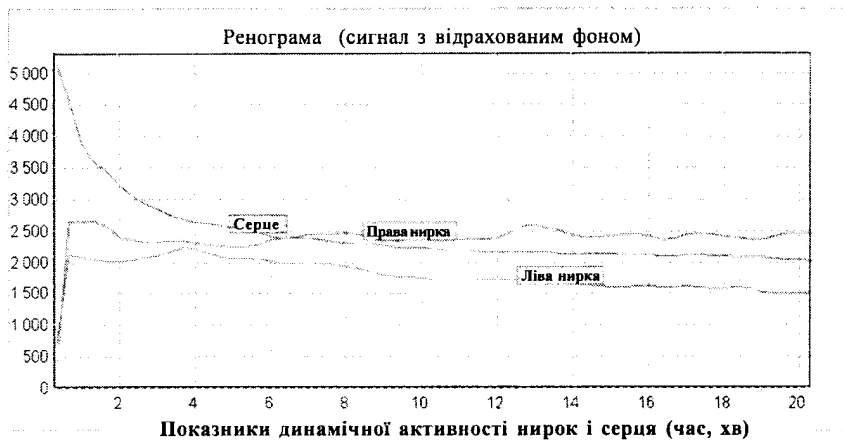
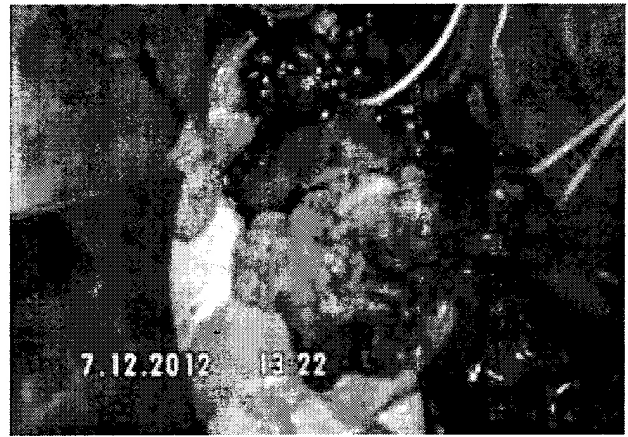


Рис. 1. Динамічна реносцинтиграфія хворого Л., 58 років. Права нирка збільшена в розмірах, деформована, накопичення радіофармпредпарату вогнищеве. Ліва нирка без змін. Видільна функція обох нирок порушена (ШКФ лівої нирки 17,20 мл/хв, правої – 19,01 мл/хв), крива виведення – ізостенурична.



А



Б

Рис. 2. Інтраопераційне фото. Етап мобілізації НПВ із наступною каватомією та тромбектомією. А – інтратренальний відділ НПВ, розришений оклюзуючим тромбом, який розповсюджується в проксимальному напрямку. На НПВ і ліву ниркову вену накладено турнікети. Б – каватомія над нирковими венами, виділення тромбу через ділянку розтину.

на – 8,62 ммоль/л; інші показники в межах норми. Дані гістологічного дослідження: світлоклітинний НКР, що проростає фіброзну капсулу нирки і паранефральну клітковину, ГЗ, раковий ембол, у просвіті ниркової вени раковий ембол, у просвіті ниркової ар-

терії еритроцитарний тромб, перифокально довкола судин нирки розростання НКР. Через 10 днів після операції виконано УЗД дослідження НПВ із доплерографією: до рівня кавалікації діаметр НПВ – 22 мм, лінійна швидкість руху крові – 26,9 см/с; вище

ми й інформативними при застошуванні у пацієнтів із нирковою недостатністю різного генезу.

Висновки. У хворих на НКР, ускладнений II, III і IV рівнями венозної інвазії, може відбуватися значне зниження функції контрастної нирки порівняно з ураженою ниркою, що не є протипоказанням до нефректомії та тромбектомії із НПВ.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є більш детальне вивчення впливу різних рівнів венозного тромбозу на функцію контрастної нирки в доопераційному та післяопераційному періодах.

рівня пікації діаметр НПВ – 18 мм, лінійна швидкість руху крові – 17,2 см/с. Через 1 міс. після операції виконано динамічну нефросцинтиграфію: ШКФ ліві нирки – 49,2 мл/хв, крива ліві нирки майже набли- зилась до серцевої кривої.

Вже доведеним є факт зниження клубочково-вої фільтрації у пацієнтів, яким виконано радикаль- ну нефректомію [2, 5]. Але в доступній нам літера- турі ми не знайшли описання випадків, коли більш значним було зниження функції здорової нирки, ніж ураженої пухлинною при венозній інвазії.

Таким чином, методи радіоізотопної реносцинтиграфії є простими у виконанні, майже не мають протипоказань і ускладнень, що робить їх зручними-

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Рак в Україні, 2010–2011: захворюваність, смертність, по- казники діяльності онкологічної служби. ЗН нирки [Елект- ронний ресурс] // Бюлетень Національного канцер-ресурсу. – 2012. – № 13. – Режим доступу до бюлетеня: http://www.ucr.org.ua/dovidb0/PDF/0_20_poch.pdf.
2. Функція почек при почечно-клеточном раке / Э. А. Ста- ховський, О. А. Войленко, Ю. В. Витрук [и др.] // Онко- 2012. Прогноз в онкоурологии: научно-практ. конф. з міжнар. участю, 19–20 жовтня 2012 р.: тези доповідей. – Оде- са, 2012. – С. 34–35.
3. Blute M. L. The Mayo Clinic experience with surgical renal tumor / H. L. Kim, S. K. Shah, W. Tan [et al.] // J. Urol. – 2009. – Vol. 181. – P. 2451–2461.
4. Epidemiologic and socioeconomic burden of metastatic renal cell carcinoma (mRCC): a literature review / K. Gupta, J. D. Miller, J. Z. Li [et al.] // Cancer Treat. Rev. – 2008. – Vol. 34. – P. 193–205.
5. Estimation and prediction of renal function in patients with renal tumor / H. L. Kim, S. K. Shah, W. Tan [et al.] // J. Urol. – 2009. – Vol. 181. – P. 2451–2461.

Отримано 18.01.13