

КМКОЦ у 54 хворих на ГПЯ, яким проводили ІГХ дослідження первинної пухлини та паратуморальної тканини з маркером ОСТ 3/4. Результати імуногістохімічної реакції порівнювали з стандартним патоморфологічним дослідженням (забарвлення гематоксилін-еозином).

За даними дослідження різних типів ГПЯ було встановлено, що в тератомних пухлинах ОСТ 3/4 не виявляє ТІН, в семіномних пухлинах ТІН було виявлено практично в усіх випадках. Це факт свідчить про більший плюрипотентний потенціал семіноми по відношенню до більш диференційованих тератомних пухлин. В цілому при ІГХ в паратуморальній паренхімі ТІН було виявлено у 42 (77,7%) випадках, що значно перевищує частоту виявлення ТІН при стандартному патоморфологічному дослідженні (частота виявлення ТІН – 38,8%).

Наводимо приклад практичного застосування ІГХ реакції з ОСТ 3/4.

Хворий Н.А., 44 роки, поступив в урологічне відділення зі скаргами на збільшення і болі в лівому яєчку, хворіє близько 6 міс. На огляді ліве яєчко значно збільшене, праве – зменшене в розмірах – в минулому переніс орхоепідидиміт справа; рівень маркерів в нормі, регіонарні лімфовузли не збільшені. На операції пухлина лівого яєчка у вигляді вузла до 10 мм, враховуючи атрофічне праве яєчко і згоду хворого, виконана резекція яєчка. Гістологія: типова семінома з некрозами і паратуморальна тканина із ознаками пригнічення сперматогенезу. Проведене ІГХ дослідження паратуморальної тканини з маркером ОСТ 3/4, яке виявило наявність ТІН з приводу чого була призначена променева терапія на опероване яєчко в загальній дозі 16 Гр.

Хворий перебуває в ремісії 3,6 року. Рівень тестостерону через 1 міс. становить 8 од.

Висновки

1. Для виявлення ТІН діагностична цінність ІГХ визначення маркера ОСТ 3/4 значно перевищує можливості стандартного патоморфологічного дослідження ГПЯ (77,7% та 38,8%).

2. ІГХ діагностику неінвазивних стадій ГПЯ з маркером плюрипотентності ОСТ 3/4 доцільно проводити в наступних випадках:

– при оцінці радикальності проведення органозберігаючих операцій на яєчку, оскільки наявність ТІН диктує необхідність додаткового лікування (проведення опромінення, хіміотерапії або повторного втручання);

– при оцінці життєздатності (ступеня лікувального патоморфозу) видаленої резидуальної пухлини в різних анатомічних ділянках після ініціальної хіміотерапії (позитивна реакція на ОСТ 3/4 може слугувати підґрунтям для проведення додаткових курсів хіміотерапії після ЗЛАЕ або видалення легеневих метастазів);

– для підтвердження гермінативного походження пухлин при екстрагонадній локалізації (переважно в середостінні) за даними біопсії;

– для контролю стану протилежного яєчка при підозрі на наявність пухлини (за даними біопсії яєчка) у хворих на ГПЯ, враховуючи, що ризик розвитку пухлини протилежного яєчка – до 5%.

3. В складі НГПЯ змішаної будови клітини ембріонального раку та семіноми мають плюрипотентний потенціал, що підтверджується позитивним забарвленням з маркером ОСТ 3/4. Тератоми, пухлина жовткового міхура складаються з диференційованих клітин та не містять ствольних клітин.

УДОСКОНАЛЕННЯ МІНІІНВАЗИВНОЇ ХІРУРГІЇ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ. НАШ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ У КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ

І.Б. Білий, М.С. Померанцев, З.І. Яскевич

*КНП «Міська лікарня № 10» КМР
КНП «Міська клінічна лікарня № 2» КМР*

Вступ. Контактна літотрипсія є прикладом розвитку новітніх засобів лікування СКХ, яка суттєво змінила підходи до тактики ведення пацієнтів з конкрементами сечової системи, дала можливість підвищити ефективність позбавлення хвороби з мінімальною травматичністю та кількістю ускладнень. Сама технологія –

це руйнування каменів сечової системи за допомогою енергії (скрапленого повітря, ультразвуку, лазера, електроімпульсна), яка безпосередньо підводиться до конкременту за допомогою уретероскопу (трансуретерально) або нефроскопу (перкутанно) з подальшою екстракцією фрагментів за допомогою спеціального

інструментарію (корзинка, щипці) та дренуванням сечових шляхів або без дренування. Ми наводимо наш досвід впровадження у клінічну практику удосконалення цієї методики з використанням гнучкої уретероскопії, мініперкутанних втручань (амплац-трубка 20 Фр та 14 Фр) та аналіз результатів лікування упродовж з 2012 до 2019 р. (6 міс.). З метою доведення доцільності використання більш мініінвазивних методик для зниження кількості ускладнень лікування з високою ефективністю позбавлення від сечових конкрементів.

Матеріали та методи. За період з 2012 до 2019 р. (6 міс.) на базі урології КНП «Міська лікарня №10 м. Кривий Ріг» проведено 962 контактних літотрипсій з приводу конкрементів сечовивідних шляхів у пацієнтів віком 18–83 років. Найбільш частою локалізацією конкрементів виступала нижня третина сечоводу – 43,8%, 9,2% каміння локалізувались у середній третині сечоводу, 30,8% – у верхній третині, та 16,2% – з камінням нирки. Розмір каміння – від 5 мм до кораловидного К4, різної щільності (від 300 ЕдН до 2500 ЕдН).

Уретероскопія проводилася жорстким та гнучким уретероскопом (Карл Шторц 8–10 Фр та 7 Фр гнучкий), використовувався нефроскоп 24 Фр та мінінефроскопи 18 Фр и 12 Фр при перкутанних доступах (упродовж 2019 р.); відео підтримка – на стойці Олімпус, ультразвуковий та рентгенконтроль – на приладі фірми Сіменс. Літотрипсія виконувалась з використанням електроімпульсного літотриптору Уроліт, лазерний літотриптор U-100 та гольмієвий фірми Dornier (30 Вт), під спінальною, епідуральною або загальною анестезією. Виконані методи контактної літотрипсії були розподілені наступним чином: 1. Жорстка уретероскопія з електроімпульсною КЛТ (345 випадків, 35,8%). 2. Жорстка уретерореноскопія з використанням лазерної літотрипсії (265 випадків, 27,5%). 3. Гнучка уретерореноскопія з електроімпульсною КЛТ (24 випадки, 2,49%). 4. Гнучка УРС з лазерною літотрипсією (56 випадків, 5,82%). 5. Стандартна перкутанна літотрипсія з електроімпульсною КЛТ (83 випадки, 8,6%). 6. Стандартна перкутанна літотрипсія з лазерною КЛТ (92 випадки, 9,5%). 7. Мініперкутанна лазерна літотрипсія (32 випадки, 3,32%). 8. Ультрамніперкутанна лазерна літотрипсія (18 випадків, 1,87%). 9. Комбінація різних видів (УРС ригідна, гнучка+перкутанний доступ з різними типами енергій руйнування конкрементів) – 47 випадків, 4,8%.

Результати та їх обговорення. Жорстка уретерореноскопія проводилась переважно при

локалізації конкременту у дистальних відділах сечоводу, 92,7% досягнуто повне видалення конкременту за один етап без резидуальних фрагментів при електроімпульсній літотрипсії та 99,5% при використанні лазера. Загальний процент ускладнень 3,5% (загострення піелонефриту, стійка макрогематурія, пошкодження сечоводу). Гнучка уретерореноскопія виконувалась пацієнтам переважно з камінням верхньої третини сечоводу, нирки. Довела високу ефективність з використанням лазерного літотриптеру при каміннях чашок нирки до 20 мм (92,9%) при низькому проценті ускладнень (0,5%). Стандартна перкутанна літотрипсія була найбільш ефективна при щільних каміннях нирки більше 30 мм та кораловидних каменях різної категорії (К1–К4), «stone free rate» 92%. Мініперкутанна та ультрамніперкутанна лазерна літотрипсія довела високу ефективність при каміннях нирки розміром від 15 мм до 25 мм незалежно від їх щільності, а також в комбінації з УРС при каміннях ПУС нирки, верхньої третини сечоводу (93,7%), при значному зниженні процента геморагічних ускладнень у порівнянні з стандартною майже втричі. Таким чином на прикладі нашого досвіду більш активного впровадження у клінічну практику інтрауретеральної та мініперкутанної, ультрамніперкутанної хірургії сечокам'яної хвороби з використанням гнучкої оптики та мінінефроскопів, лазерної літотрипсії довести високу ефективність використання цих методів зі значним зниженням післяопераційних ускладнень.

Висновки. Контактна літотрипсія конкрементів сечової системи є надійним, безпечним та мінімально інвазивним методом лікування. Ефективність цього методу у нашій клініці з впровадженням гнучкої уретерореноскопії та мінінефроскопів у 2019 р. збільшилась до 97,6%, при мінімальних показниках різних ускладнень. Проведено аналіз вибору методу КЛТ в залежності від локалізації конкременту, його розміру, щільності та тривалості знаходження у сечовій системі. Це дозволить у подальшому збільшити ефективність використання різних видів КЛТ при різноманітній варіації СКХ. Таким чином подальше удосконалення мініінвазивності доступу до конкременту, з використанням мікроперкутанного нефроскопу (6 Фр), а також функціональних уретерореноскопів 5–6 Фр руйнування конкременту різними режимами лазера, дозволить ще збільшити результативність лікування хворих на СКХ. Вибір методу контактної літотрипсії індивідуальний для кожного пацієнта та ґрунтується на досвіді оператора.