

Study of restorative properties on the hematopoietic system after irradiation and other radioprotective properties of DS of root extract of wrestler was performed on 3-month-old mature male rats of the Wistar line.

Results. *The effectiveness of DS of root extract of wrestler in amelioration of general radiation radiotherapy reactions in cancer patients has been established, as well as its radioprotective and restorative effects on hematopoiesis after irradiation.*

Conclusions. *General radiological responses were absent in patients who, together with radiotherapy, received DS of root extract of wrestler (in the control group of patients of the similar age and sex, the total radiation reactions reached more than 24%). The DS of root extract of wrestler shows radioprotective properties in the setting of the cellular composition of peripheral blood and the mitotic activity of the bone marrow cells of irradiated animals in the range of values of absorbed radiation doses up to 3–5 Gy.*

Key words: *radioprotector, radiation reactions, dietary supplement of root extract of wrestler, radiation therapy, oncology, hematopoiesis, myototic activity of bone marrow cells.*

УДК 616.61-003.4

DOI: 10.32751/2310-4910-2019-26-19

Досвід черезшкірної пункційної склеротерапії кіст нирок

С. В. ГОЛОВКО¹, Я. В. СОБКОВ¹,
О. Ф. САВИЦЬКИЙ², Д. О. ВАЛЕРКО¹

¹ – Національний військово-медичний клінічний центр
«Головний військовий клінічний госпіталь»

² – Українська військово-медична академія

Резюме. *Протягом 2015–2017 рр. в клініці урології Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» було виконано перкутанну пункційну склеротерапію кіст нирок 67 пацієнтам. Розміри кіст коливалися від 5 до 23 см (середній розмір 8,7 см). Об'єм рідини, аспірованої з порожнини кіст в ході лікування, коливався від 70 мл до 4490 мл (в середньому 238 мл). Кісти нирок у всіх пролікованих хворих належали до I категорії за класифікацією Bosniak. Показаннями до перкутанної пункційної склеротерапії кіст нирок вважали: 1) наявність кісти діаметром 5 см і більше; 2) больовий синдром, пов'язаний з кістою нирки, 3) артеріальну гіпертензію; 4) наявність сечового синдрому на фоні кіст нирок за умов відсутності виявлення інших причин сечового синдрому. Склеротерапію кіст нирок виконували виключно в стаціонарних умовах під ультразвуковою візуалізацією. Втручання виконували під місцевою інфільтраційною анестезією розчином лідокаїну 0,5%. Після пункції кісти та аспірації її вмісту в порожнину кісти як склерозант вводили етиловий*

спирт 96° у кількості 10% загального обсягу евакуйованої рідини, але не більше 50 мл. Серед ранніх післяопераційних ускладнень спостерігали гіпертермію після маніпуляції у 8 хворих (11,9%), больовий синдром у 12 хворих (17,9%), макрогематурію у 2 хворих (2,9%). В 1 випадку (1,4%) спостерігали передчасне самотійне відходження кістостоми, в 1 випадку (1,4%) було помилково виконано пункцію дивертикула ниркової чашки великих розмірів. Через 3 місяці після лікування у 46 (69,6%) хворих спостерігали повне зникнення кісти нирки, у 12 хворих (18,2%) розмір резидуальної порожнини кісти не перевищував 30% вихідного, у 8 (12,2%) пацієнтів – розмір резидуальної порожнини склав близько 50% вихідного.

Ключові слова: кіста нирки, пункційна склеротерапія.

Проста кіста нирки є найчастішим різновидом кістозного ураження нирок та складає близько 3% урологічних захворювань серед дорослих [2]. Принципово важливим є виявлення кісти на ранніх стадіях розвитку тому, що подальший її ріст викликає дегенерацію ниркової паренхіми, порушення ниркової гемо- та уродинаміки з подальшим розвитком запального процесу [1–3].

З розвитком ультразвукових методів дослідження значно покращилася діагностика солітарних кіст нирок, що в 70% випадків перебігають безсимптомно [1, 3]. Інколи проявами кісти нирки є біль у животі, пухлина, що пальпується (при кістах великих розмірів), сечовий синдром, артеріальна гіпертензія [2, 5].

Перша черезшкірна пункція кісти нирки з аспірацією вмісту як лікувального заходу була виконана І. Thompson у 1861 р. В 1939 р. була запропонована пункційна кістографія. На даний момент серед багатьох запропонованих методів лікування кіст нирок найпривабливішим є пункційна склеротерапія під ультразвуковим контролем, зважаючи на її мінімальну травматичність, відсутність потреби в загальній анестезії та економічну вигоду [4, 6].

Методи та матеріали

У клініці урології Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» протягом 2015–2017 рр. Перкутанну пункційну склеротерапію кіст нирок було виконано 67 пацієнтам.

Пункції кіст нирок виконували за допомогою ультразвукового апарату Esaote MyLab40 GP з конвексним трасувальним датчиком. Більшість пролікованих склали чоловіки 54 (80,5%).

Аналіз скарг хворих показав наявність больового синдрому у 7 (10,4%), артеріальної гіпертензії у 4 (5,9%) та сечового синдрому у 16 (23%) хворих.

Локалізацію кісти в правій нирці спостерігали у 30 хворих (44,7%), в лівій нирці – у 33 хворих (49,2%), у 4 хворих (6,1%) було виявлено кісти обох нирок. Кіста розташовувалась у верхньому сегменті у 19 хворих (28,3%), в нижньому

сегменті – у 40 хворих (59,7%), кісти в середньому сегменті нирки мали 8 хворих (12%). Розміри кіст коливалися діаметром від 5 до 23 см (в найбільшому вимірі), середній розмір пролікованих кіст – 8,7 см.

Об'єм рідини, аспірованої з порожнини кіст в ході лікування, коливався від 70 мл до 4490 мл (в середньому 238 мл).

Кісти нирок у всіх пролікованих хворих належали до I категорії за класифікацією Bosniak.

Показаннями до перкутанної пункційної склеротерапії кіст нирок вважали наявність:

- кісти діаметром 5 см та більше;
- болювого синдрому, пов'язаного з кістою;
- артеріальної гіпертензії;
- сечового синдрому за умови відсутності інших його причин.

Склеротерапію кіст нирок виконували виключно в стаціонарних умовах під ультразвуковою візуалізацією. Положення хворого для оперативного втручання – лежачи на животі або на здоровому боці з підкладеним валиком. До траєкторії направлення пункційної голки нами висувалися наступні вимоги: доступ, що виключав контакт з нирковою ніжкою, порожнистими органами та, за можливості, був найменш травматичним для паренхіми нирки (рисунок).

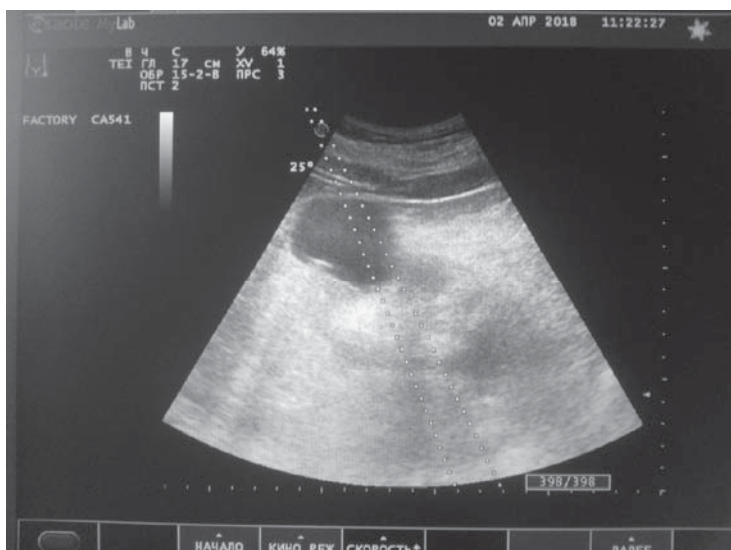


Рис. Вибір безпечної траси для пункції кісти нирки

Втручання виконували під місцевою інфільтраційною анестезією розчином лідокаїну 0,5%. Після пункції кісти та аспірації її вмісту в порожнину кісти як склерозант вводили етиловий спирт 96° в кількості 10% загального обсягу евакуйованої рідини, але не більше 50 мл. При кількості рідини в порожнині кіст понад 300 мл пункцією переходили до дренивання порожнини кісти з наступним 2- або 3-кратним введенням склерозанту з експозицією 2 год. Перед видаленням дренажу склерозант вводився останній раз і його залишали в порожнині кісти. Вміст кісти на цитологічне дослідження відправляли у випадку наявності осаду, низької прозорості або неоднорідності.

Результати та їх обговорення

Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі склала 2 доби. При цитологічному дослідженні вмісту кіст нирок, патологічних клітинних асоціацій виявлено не було.

Серед ранніх післяопераційних ускладнень спостерігали гіпертермію після маніпуляції у 8 хворих (11,9%), больовий синдром – у 12 хворих (17,9%), макрогематурію – у 2 хворих (2,9%), в 1 випадку (1,4%) спостерігали передчасне самостійне відходження кістостоми, в 1 випадку (1,4%) було помилково виконано пункцію дивертикулу ниркової чашки великих розмірів, помилку було виявлено в післяопераційному періоді шляхом контрастування дренованої порожнини, в подальшому хворому було виконано відкрите оперативне втручання.

Ультразвуковий контроль проводили в день виписки із стаціонару, через 3 та 6 міс після лікування. Через 3 міс після лікування у 46 (69,6%) хворих спостерігали повне зникнення кісти нирки, у 12 хворих (18,2%) розмір резидуальної порожнини кісти не перевищував 30% вихідного, у 8 (12,2%) пацієнтів розмір резидуальної порожнини склав близько 50% вихідного. Під час контрольного обстеження хворих через 6 міс після лікування спостерігали стійку тенденцію до зменшення розмірів резидуальних порожнин (табл.).

Найповільніші темпи регресії та найнижчу кінцева ефективність спостерігали у хворих з кістами великих розмірів (діаметром понад 12 см).

Повне зникнення кіст діагностовано у 54 хворих (81,8%), кількість пацієнтів з резидуальною порожниною менше 30% вихідної величини скоротилася до 9 хворих (13,6%), в 3 випадках (4,5%) залишалася резидуальна порожнина до 50% вихідного об'єму.

Результати проведеного лікування

Термін контролюючого обстеження \ Результат лікування	Повне зникнення кісти нирки, абс. (%)	Резидуальна порожнина менше 30% вихідного об'єму, абс. (%)	Резидуальна порожнина від 30 до 50% вихідного об'єму, абс. (%)
3 міс	46 (69,6%)	12 (18,2%)	8 (12,2%)
6 міс	54(81,8%)	9 (13,6%)	3(4,5%)

Висновки

1. Черезшкірна пункційна склеротерапія кіст нирок є високоефективним і безпечним методом лікування. Враховуючи відсутність потреби в загальній анестезії та великих матеріальних затратах, дану маніпуляцію можна розглядати як метод вибору в лікуванні простих кіст нирок.

2. При кістах нирок об'ємом 300 мл і більше доцільно не обмежуватися пункцією кісти та одноразовим введенням склерозанту. Крайні результати в цьому випадку дає дренування порожнини кісти з наступним 2- або 3-кратним введенням склерозуючої речовини.

3. Ефективність склеротерапії кіст нирок знижується при їх розмірах більше 12 см в діаметрі.

4. Прості безсимптомні кісти нирок діаметром до 5 см, що відносяться до I категорії за класифікацією Vosniak, потребують лише динамічного спостереження.

Література

1. Возіанов С. О., Підмурняк О. О. Лапароскопічне оперативне лікування кіст нирок. *Урологія*. 2014. № 4. С. 5–8.
2. Выбор метода лечения кистозных образований почек / Ю. М. Захматов и др. *Российский медицинский журнал*. 2005. № 2. С. 20–23.
3. Пункционное лечение простой кисты почек у детей / Ю. Э. Рудин и др. *Анналы хирургии*. 1999. № 1. С. 43–46.
4. Busato W., Bettega L. Percutaneous endocystolysis, a safe and minimally invasive treatment for renal cysts: A 13-year experience. *J. Endourol*. 2010. Vol. 24. P. 1405–1410.
5. Park H., Kim C. S. Natural 10-year history of simple renal cysts. *Korean J. Urol*. 2015. Vol. 56(5). P. 351–356.
6. Clinical experience with percutaneous renal cyst resection / K. Weichert-Jacobsen et al. *BJU Int*. 1999. Vpol. 84. P. 164–166.

Опыт чрескожной пункционной склеротерапии кист почек

С. В. ГОЛОВКО¹, Я. В. СОБКОВ¹, А. Ф. САВИЦКИЙ², Д. А. ВАЛЕРКО¹

¹ – Национальный военно-медицинский клинический центр
«Главный военный клинический госпиталь»

² – Украинская военно-медицинская академия

Резюме. В течение 2015–2017 гг. в клинике урологии Национального военно-медицинского клинического центра «Главный военный клинический госпиталь» была выполнена чрескожная пункционная склеротерапия кист почек 67 пациентам. Размеры кист колебались от 5 до 23 см в диаметре (в среднем 8,7 см). Объем жидкости, аспирированной из полости кист в ходе лечения, колебался от 70 мл до 4490 мл (в среднем 238 мл). Кисты почек у всех пролеченных больных принадлежали к I категории по классификации *Vosniak*. Показаниями к перкутанной пункционной склеротерапии кист почек считали: 1) наличие кисты 5 см в диаметре и больше; 2) болевой синдром связан с кистой почки; 3) артериальную гипертензию; 4) наличие мочевого синдрома на фоне кист почек при отсутствии других причин мочевого синдрома. Склеротерапию кист почек выполняли исключительно в стационарных условиях под ультразвуковой визуализацией. Вмешательство выполняли под местной инфильтрационной анестезией раствором лидокаина 0,5%. После пункции кисты и аспирации ее содержимого в полость кисты в качестве склерозанта вводили этиловый спирт 96° в количестве 10% общего объема эвакуированной жидкости, но не более 50 мл. Среди ранних послеоперационных осложнений наблюдали гипертермию после манипуляции у 8 больных (11,9%), болевой синдром – у 12 больных (17,9%), макрогематурию – у 2 больных (2,9%). В 1 случае (1,4%) наблюдали преждевременное самостоятельное отхождение кистостомы, в 1 случае (1,4%) была ошибочно выполнена пункция дивертикула почечной чаши больших размеров. Через 3 месяца после лечения у 46 (69,6%) больных наблюдали полное исчезновение кисты почки, у 12 больных (18,2%) размер резидуальной полости киста не превышал 30% исходного, у 8 (12,2%) пациентов размер резидуальной полости составил около 50% от исходного.

Ключевые слова: киста почки, пункционная склеротерапия.

Experience of percutaneous puncture sclerotherapy of renal cysts

S. V. GOLOVKO¹, Y. V. SOBKOV¹, A. F. SAVITSKY², D. A. VALERKO¹

¹ – National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital»

² – Ukrainian Military Medical Academy

Summary. During 2015–2017, percutaneous puncture sclerotherapy of kidney cysts was performed in 67 patients in the Urology Clinic of the National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital». The dimensions of the cysts ranged from 5 to 23 cm in diameter (average size was 8.7 cm). The volume of liquid aspirated

from the cyst during the treatment ranged from 70 ml to 4490 ml (average 238 ml). The kidney bones in all treated patients belonged to the category I for the Bosniak classification. The indications for percutaneous puncture sclerotherapy of kidney cysts were: 1) the presence of cyst 5 cm and more in diameter; 2) pain associated with kidney cyst; 3) hypertension; 4) presence of urinary syndrome in the background of kidney cysts in the absence of detection of other causes of urinary tract syndrome. Sclerotherapy of kidney cysts was carried out only in the stationary conditions, under ultrasound imaging control. Intervention was performed with local infiltration anaesthesia with lidocaine 0.5% solution. After cyst puncture and aspiration of its content ethyl alcohol at 96 ° was injected into the cyst cavity as a sclerosant in amount of 10% of the total evacuated liquid but not more than 50 ml. We observed several early postoperative complications after manipulation as follows: hyperthermia in 8 patients (11.9%), pain syndrome – in 12 patients (17.9%), macrohematuria – in 2 patients (2.9%). In one case (1.4%), we observed premature self-withdrawal of cystostomy, in other one case (1.4%) - erroneously executed a puncture of the diverticulum of a large renal cup. Three months after treatment, we observed complete disappearance of the kidney cyst in 46 (69.6%) patients, the size of the residual cavity of the cyst did not exceed 30% the original in 12 patients (18.2%), the size of the residual cavity was about 50% the original in 8 (12.2%) patients.

Key words: cyst of the kidney, puncture sclerotherapy.

УДК 616.12-12-008.331.1-072.7

DOI: 10.32751/2310-4910-2019-26-20

Новые возможности оптимизации лечения артериальной гипертензии: хронотерапия

**Н. Я. ДОЦЕНКО, С. С. БОЕВ,
Л. В. ГЕРАСИМЕНКО, И. А. ШЕХУНОВА**

*ГЗ «Запорожская медицинская академия
последипломного образования МЗ Украины»*

Резюме. Артериальная гипертензия остается одним из важнейших модифицируемых факторов риска основных заболеваний, влияющих на сердечно-сосудистую и общую смертность. За последнее десятилетие распространенность артериальной гипертензии сохраняется высокой с некоторым снижением в экономически развитых странах и увеличением в развивающихся.

Нарушение суточного ритма уровня артериального давления, проявляющееся в недостаточном его ночном снижении, является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Основным методом его коррекции является хронотерапевтический подход, позволяющий повысить эффективность лечения при нетрадиционном режиме назначения антигипертензивных препаратов.