

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

treatment and radiotherapy of AVM. The use of anti-angiogenic therapy (VEGF-blockade) may be beneficial as an adjuvant therapy for surgical, endovascular treatment and radiation therapy of AVM.

Conclusions. Based on the concept that AVMs are dynamic entities with on going vascular remodelling driven by angiogenesis we can conclude that the use of anti-angiogenic drugs has a theoretical therapeutic potential in the overall management of the cerebral AVMs which should be studied in clinical trials.

Key words: arteriovenous malformation, angiogenesis, VEGF-blockade, antiangiogenes treatment.

Відомості про автора:

Альтман Ігор Володимирович — кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, вчений секретар Вченої ради ДУ «Науково-практичний центр ендovasкулярної нейрорентгенхірургії НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. Платона Майбороди 32.

УДК 616.831–001.3:616.89

ДИНАМІКА ЗАБОЇВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ. КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ДАНІ НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЇ

М. Б. Виваль, Ю. М. Перекопайко

**Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, м. Київ**

Вступ. У пацієнтів із забоями головного мозку (ЗГМ) легкого ступеня повторна комп'ютерна томографія (КТ) голови в динаміці проводиться для виявлення відстрочених післятравматичних ускладнень, проте це часто не змінює клінічної тактики, особливо коли ознаки неврологічного погіршення відсутні.

Мета. Проаналізувати перебіг ЗГМ легкого ступеня на основі вивчення їх клінічної та радіологічної динаміки.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 87 пацієнтів із ЗГМ легкого ступеня та рівнем свідомості 13–15 балів (69 (79,3 %) чоловіків та 18 (20,7 %) жінок), госпіталізованих в нейрохірургічні відділення Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛ ШМД) та травматологічне відділення Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги № 1 (ТМКЛШД № 1) з березня 2012 по грудень 2016 рр., яким проводили КТ голови в динаміці протягом лікування.

Результати. Серед досліджуваних пацієнтів, 24 (27,6 %) мали тільки вогнищевий ЗГМ, 29 (33,4 %) мали тільки травматичний субарахноїдальний крововилив (САК), і 34 (39 %) мали обидві патології. П'ятдесят три (86,9 %) пацієнта мали один вогнищевий забій і 8 (13,1 %) пацієнтів мали два та більше вогнищевих забойів. Середній час між травмою і КТ склав 3,3 години. Середній об'єм забойів склав $1,9 \pm 0,6$ см³. Друга КТ була проведена в середньому через 8 годин (діапазон 3–17 годин) після первинного сканування. Вторинну геморагічну прогресію забойів (ВГПЗ) виявлено в 12 (13,7 %) з 87 випадків, із яких в 4 (4,6 %) пацієнтів відмічено клінічне погіршення і контрольна КТ проведена по ургентних показах, у 7 (8 %) пацієнтів із прогресією відмічено наростання загальномозкових симптомів, в одного (1,1 %) без будь-яких клінічних ознак. Середній об'єм забойів на контрольній КТ склав $2,6 \pm 0,7$ см³. У 76 (87,4 %) пацієнтів без виражених симптомів корекцій в лікуванні після контрольної КТ не відбулося. Загалом жодному хворому із ЗГМ легкого ступеня не проведено хірургічного втручання. Всі хворі виписані із задовільними результатами (Шкала виходів Глазго- 4–5 балів).

Висновки. Пацієнти із ЗГМ легкого ступеня без та з незначними загальномозковими симптомами мають низький ризик ВГПЗ, а контрольна КТ практично не змінює тактики лікування. У хворих із прогресуючим наростанням загальномозкових симптомів ризик ВГПЗ вищий, а клінічний підхід може включати в себе контрольну візуалізацію через 6–8 годин. Пацієнти із порушеним рівнем свідомості, враховуючи ризик раптового клінічного погіршення, потребують неврологічного моніторингу до контрольної КТ.

Ключові слова: забій головного мозку легкого ступеня, комп'ютерна томографія, геморагічна прогресія забойів головного мозку.

Вступ. На сьогоднішній день широко переоцінюється клінічна корисність та економічна ефективність різних діагностичних методів, які в свою чергу складають значну частину витрат в лікуванні травмованих пацієнтів. Разом із тим, зростає усвідомлення небезпеки ятрогенного іонізуючого опромінення, особливо у пацієнтів із багаторазовими обстеженнями [1,2].

ЗГМ виникають у 8,2 % з усіх випадків черепно-мозкової травми (ЧМТ) та мають тенденцію до збільшення в гострому періоді травми. Цей феномен носить назву вторинна геморагічна прогресія забойів і достовірно погіршує клінічний перебіг травми головного мозку та збільшує смертність [8,9]. Прогресію було вперше докладно описано на зорі ери КТ, яка і до цього часу є «золотим стандартом» в його діагностиці [2]. Покази до контрольної КТ у легкотравмованих пацієнтів із ЗГМ варіюють в залежності від загальноприйнятої тактики ліку-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

вального закладу. Проте, у випадках ЗГМ легкого ступеня, повторна КТ голови часто не змінює клінічної тактики, особливо у пацієнтів без будь-яких ознак клінічного погіршення [1,5,7].

Мета. Проаналізувати перебіг ЗГМ легкого ступеня на основі вивчення їх клінічної та радіологічної динаміки.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування хворих із ЗГМ легкого ступеня, госпіталізованих в нейрохірургічні відділення КМКЛ ШМД та ТМКЛШД № 1 з березня 2012 по грудень 2016 рр.

Критеріями включення в дослідження були: ЗГМ легкого ступеня (вогнищевий забій або травматичний САК) на КТ при первинній госпіталізації, та тСАК за даним люмбальної пункції у пацієнтів із рівнем свідомості по Шкалі ком Глазго (ШКГ) 13–15 балів при госпіталізації; як мінімум одна контрольна КТ голови під час госпіталізації. Загалом до аналізу відібрали 87 пацієнтів, з яких 69 (79,3 %) чоловіків та 18 (20,7 %) жінок. 73 (83,9 %) хворих проліковано в КМКЛШД та 14 (16,1 %) в ТМКЛШД.

Радіологічна оцінка.

Первинна КТ була проведена відразу після госпіталізації, пацієнтам із помірним ризиком розвитку внутрішньочерепних ушкоджень. Контрольна КТ була виконана відповідно до локальних протоколів лікарні, приблизно через 6 — 8 годин після первинної, та в подальшому через 24, 48, 72 годин при необхідності у випадку відсутності ефекту від терапії, або ургентно після нейрологічного погіршення. Неврологічний статус трактувався погіршеним, при зниженні рівня свідомості на 2 бали по ШКГ, асиметрії зіниць (> 1 мм). Об'єм забою розраховували за формулою: $V = (ABC) / 2$ (см³), де А,Б,С — максимальні розміри гематоми в трьох проекціях.

Зображення були збережені в цифровому форматі зображень DICOM (Medicine) і проаналізовані на персональному комп'ютері. Ми використовували програмне забезпечення для обробки зображень OsiriX (OsiriX 6.5, Pixmeo, Швейцарія)

Було досліджено наступні параметри:

Збільшення розмірів ЗГМ ≥ 30 % від початкового розміру, або поява віддаленого вогнища від місця первинного ушкодження на контрольних КТ.

Зміни в лікуванні після контрольної КТ, включаючи протинабрякову терапію розчином 15 % маніту або гіпертонічним розчином NaCl.

Оцінка результатів лікування за Шкалою виходів Глазго (ШВГ) на момент виписки.

Статистична обробка даних проводилася з використанням комп'ютерної програмної системи (SPSS 24.0. Trial Version, IBM, 2016). Критерієм статистичної достовірності отриманих висновків вважалася загальноприйнята в медицині величина $p < 0,05$.

Результати. До остаточного аналізу відібрано 87 пацієнтів; з них 24 (27,6 %) пацієнти мали тільки вогнищевий ЗГМ, 29 (33,4 %) мали тільки тСАК, і 34 (39 %) пацієнтів мали обидві патології. З 61 пацієнта із ЗГМ, 53 (86,9 %) мали один вогнищевий забій і 8 (13,1 %) — два та більше. Серед пацієнтів не виявлено випадків проникаючої травми (табл. 1).

Таблиця 1

Клінічні особливості пацієнтів із ЗГМ легкого ступеня.

Характеристика	Значення
Загальна кількість пацієнтів	87 (100 %)
Середній вік (років)	42± 13
Чоловіків	69 (79,3 %)
Жінок	18 (20,7 %)
Вогнищевий забій головного мозку по КТ	24 (27,6 %)
тСАК по КТ або ЛПІ	29 (33,4 %)
тСАК та забій головного мозку по КТ	34 (39 %)
Середня тривалість стаціонарного лікування (дні)	11±4

Середній час між травмою і КТ склав 3,3 години. Основною причиною ЧМТ, яка викликала ЗГМ була дорожньо-транспортна пригода в 39 (44,8 %) випадках, падіння з висоти власного росту в 25 (28,7 %) випадках, удар по голові тупим предметом в 19 (21,9 %) випадках і кататравма в 4 (4,6 %). Середній об'єм забоїв на початковій КТ склав 1,9±0,6 см³ (0,2–5,6 см³).

Друга КТ була проведена в середньому через 8 годин (діапазон 3–17 годин) після первинного сканування. Геморагічна прогресія виявлена в 12 (13,7 %) з 87 випадків, із яких в 4 (4,6 %) пацієнтів мало місце клінічне погіршення і контрольна КТ проведена по ургентних показах, у 7 (8 %) пацієнтів із ВГПЗ відмічено наростання головного болю та нудоти/блювоти, в 1 (1,1 %) пацієнта без будь — яких клінічних ознак. Середній об'єм забою на контрольній КТ склав 2,6±0,7 см³ (0,2–9,2 см³). У 76 (87,4 %) пацієнтів без виражених симптомів корекцій в лікуванні після контрольної КТ не відбулося. Чотирьом пацієнтам (4,6 %) із клінічним погіршенням та ВГПЗ проведена агресивна протинабрякова терапія, 2 хворих переведено у ВРІТ. Цим пацієнтам проведена повторна КТ через 6 та 8 годин відповідно, проте додаткового збільшення забоїв не виявлено, і через 2 та 3 днів відповідно хворих переведено назад у відділення та виписано у задовільному стані.

Із 7 (8 %) хворих з вираженим наростанням загальномозкових симптомів та ВГПЗ після контрольної КТ, у 4 проведена протинабря-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

кова терапія. У 5 випадках хворим проведена третя КТ. В двох випадках КТ виявив нові зміни. В одному виявлено незначні двосторонні гідроми над лобними долями, в іншому розширення шлуночкової системи. Хворі скеровані на подальше спостереження після виписки. Загалом жодному хворому із ЗГМ легкого ступеня не проведено хірургічного втручання. Всі хворі виписані із задовільними результатами (ШВГ- 4–5 балів).

В умовах реформ системи охорони здоров'я, яка спрямована на досягнення кращих виходів лікування захворювань та швидкого відновлення працездатності при більш низьких витратах, зростає потреба у фактичних даних з практики. На сьогоднішній день велика кількість нейрохірургів проводить контрольну КТ в гострому періоді травми при ЗГМ, щоб оцінити можливі відстрочені ускладнення, в тому числі ВГПЗ, посттравматичну гідроцефалію, відстрочену епідуральну гематому, і збільшення набряку головного мозку. Тим не менше, дані які підтримують або спростовують цю практику відсутні [7].

Деякі дослідження показали, відсутність ефекту від контрольних досліджень, в той час як інші підтримують цю тактику [1, 2, 4, 12]. В одному з найбільших досліджень Brown et al. дослідили 354 пацієнтів із ЗГМ, стратифікувавши їх по важкості травми згідно ШКГ — оцінка 13–15 — легка ЧМТ, помірною — 9–12 балів і важка ЧМТ ≤ 8 балів. За винятком пацієнтів з неврологічним погіршенням, жоден пацієнт з легкою або середньою тяжкою ЧМТ не потребували медичного або хірургічного втручання після контрольної КТ. Тому автори рекомендували контрольну КТ голови тільки у пацієнтів з ШКГ ≤ 8 балів [9].

Недоліки надмірного використання КТ значні. І навіть найменша доза опромінення має потенціал для збільшення ризику розвитку раку [10]. Вартість є ще одним обґрунтуванням для усунення повторної КТ у без симптомних пацієнтів. Використання дорогого, потенційно небезпечного, із сумнівною вигодою обстеження повинне бути збалансоване можливістю «пропущеного» діагнозу, який в нейрохірургічній практиці завжди є потенційно смертельним.

Stein et al. повідомили про значне зниження вартості лікування у хворих легкою ЧМТ, у випадку проведення КТ контролю тільки після клінічного погіршення у порівнянні рутинною КТ (\$ 1321 проти \$ 1563) [11].

У випадках ясної свідомості Anandalwar S. et al. пропонують використовувати протокол NORH (Neurologic Observation without Repeat HCT), коли не проводиться рутинний КТ контроль, натомість постійний моніторинг неврологічного стану пацієнта із КТ при неврологічному погіршенні. Їхні дані виявили відсутність випадків смерті, інвалідизації, і відстрочених нейрохірургічних втручань у разі викори-

стання цього протоколу у пацієнтів із легкою ЧМТ та забоями головного мозку [5].

Висновки. Пацієнти із забоями головного мозку легкого ступеня без та з незначними загальнономозковими симптомами мають низький ризик геморагічної прогресії, а контрольна КТ практично не змінює тактики лікування. У хворих із прогресуючим наростанням та вираженими загальнономозковими симптомами ризик ВГПЗ вищий, а клінічний підхід може включати в себе контрольну візуалізацію через 6–8 годин. Пацієнти із порушеним рівнем свідомості, враховуючи ризик раптового клінічного погіршення, потребують неврологічного моніторингу до контрольної КТ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Корниенко В. Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы / В.Н. Корниенко, Н.Я. Вайн, В.А. Кузьменко. — К.: Медицина, 1987. — С.30–59.
2. Полищук Н.Е. Унификация объема диагностики и медицинской помощи больным с черепно-мозговой травмой / Н.Е. Полищук С.Ю. Рассказов // Украинский нейрохирургический журнал. — 2008. — № 1. — С.73–77.
3. Полищук М. Є. Проблемні питання організації медичної допомоги потерпілим при поєднаній травмі / М. Є. Полищук, Г. Г. Роштин, М. Ф.Близнюк, В. О. Крилюк// Україна. Здоров'я нації. — 2011. — № 1. — С. 23–26.
4. Almenawer S. The value of scheduled repeat cranial computed tomography after mild head injury: single-center series and meta-analysis / S. Almenawer, I. Bogza, B. Yarascavitich, N. Sne, F. Farrokhyar, N. Murty // J. Neurosurgery.— 2013 .—V.72 .—P.56–64.
5. Anandalwar S. Eliminating unnecessary routine head CT scanning in neurologically intact mild traumatic brain injury patients: implementation and evaluation of a new protocol / S. Anandalwar, C. Mau, C. Gordhan, N. Majmundar, A. Meleis, C. Prestigiacomo // J. Neurosurgery. —2016.—V.32.—P.1–7.
6. Bee T. Necessity of repeat head CT and ICU monitoring in patients with minimal brain injury / T. Bee, L. Magnotti, M. Croce, G. Maish, G. Minard, T. Schroepel // J. Trauma .— 2009.—V.66. —P.1015–1018.
7. Berrington de González A. Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States in 2007 / A. Berrington de González, M. Mahesh, K. Kim, M. Bhargavan, R. Lewis, F. Mettler // J. Arch Intern Med.— 2009. —V.169.—P.2071–2077.
8. Bodenheimer T. High and rising health care costs. Part 1: seeking an explanation / T. Bodenheimer // J. Ann Intern Med .— 2005 .—V.142.—P.847–854.
9. Brown C. Indications for routine repeat head computed tomography (CT) stratified by severity of traumatic brain injury / C. Brown, G. Zada, A. Salim, Inaba, G. Kasotakis, [et al.] // J. Trauma .— 2007 .— V.62.—P.1339–1345.
10. National Research Council of the National Academies: BEIR VII: Health Risks from Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation.— Washington, DC.—National Research Council of the National Academies .—2005.—P.114.
11. Stein S. Routine serial computed tomographic scans in mild traumatic brain injury: When are they cost effective? / S. Stein, A. Fabbri, F. Servadei // J. Trauma. — 2008. — V.65, N1. — P.66–72.
12. Thorson C. Repeat head computed tomography after minimal brain injury identifies the need for craniotomy in the absence of neurologic change / C. Thorson, R. Van Haren, C. Otero, G. Guarch [et al.] // J. Trauma Acute Care Surg. — 2013.—V.74 .—P.967–975.

**Динамика ушибов головного мозга легкой степени.
Клиническое течение и данные нейровизуализации**

Н. Б. Виваль, Ю. Н. Перекопайко

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П. Л. Шупика, г. Киев

Вступление. У пациентов с ушибами головного мозга (УГМ) легкой степени, повторная компьютерная томография (КТ) головы в динамике проводится для выявления отсроченных посттравматических осложнений, однако это не меняет клиническую тактику, особенно когда признаки неврологического ухудшения отсутствуют.

Цель. Проанализировать ход УГМ легкой степени на основе изучения их клинической и радиологической динамики.

Материалы и методы. Проанализировано результаты лечения 87 пациентов с УГМ легкой степени и уровнем сознания 13–15 баллов (69 (79,3 %) мужчин и 18 (20,7 %) женщин), госпитализированных в нейрохирургические отделения Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи и травматологическое отделение Тернопольской городской коммунальной больницы скорой помощи № 1 с марта 2012 по декабрь 2016, которым проводили КТ головы в динамике во время лечения.

Результаты. Среди исследуемых пациентов, 24 (27,6 %) имели только очаговый УГМ, 29 (33,4 %) имели только травматическое субарахноидальное кровоизлияние (САК), и 34 (39 %) обе патологии. Пятьдесят три (86,9 %) пациента имели один очаговый ушиб и 8 (13,1 %) два и более. Среднее время между травмой и КТ составил 3,3 часа. Средний объем ушиба составил $1,9 \pm 0,6$ см³. Вторая КТ была проведена в среднем через 8 часов (диапазон 3–17 часов) после первичного сканирования. Вторичную геморрагическую прогрессию ушибов (ВГПУ) выявлено в 12 (13,7 %) из 87 случаев, из которых в 4 (4,6 %) пациентов отмечено клиническое ухудшение и контрольная КТ проведена по ургентных показаниях, у 7 (8 %) пациентов с прогрессией отмечено нарастание общемозговой симптоматики, в 1 (1,1 %) без каких — либо клинических признаков. Средний объем ушиба на контрольной КТ составил $2,6 \pm 0,7$ см³. В 76 (87,4 %) пациентов без выраженных симптомов, коррекции в лечении после контрольной КТ не произошло. Ни одному больному с УГМ легкой степени не проведено хирургического вмешательства. Все больные выписаны с удовлетворительными результатами (Шкала выходов Глазго- 4–5 баллов).

Выводы. Пациенты с ушибами головного мозга легкой степени без и с незначительными общемозговыми симптомами имеют низкий риск геморрагической прогрессии, а контрольная КТ практически не меняет тактики лечения. У больных с прогрессирующим нараста-

нием общезлоговой симптоматики риск ВГПУ выше, а клинический подход может включать в себя контрольную визуализацию через 6–8 часов. Пациенты с нарушенным уровнем сознания, учитывая риск внезапного клинического ухудшения, требуют неврологического мониторинга в контрольной КТ.

Ключевые слова: ушиб головного мозга легкой степени, компьютерная томография, геморрагическая прогрессия ушибов головного мозга.

The dynamic of mild brain contusions. Clinical course and neuroimaging data

M. B. Vyval, Yu. M. Perekopayko

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

Introduction. In patients with mild brain contusions, repeat computed tomography (CT) is performed to detect delayed post-traumatic complications, however this does not change treatment strategy, especially in cases without clinical deterioration.

Goal. To evaluate the dynamics of mild brain contusions based on their clinical and radiological course.

Materials and methods. We analyzed the results of treatment of 87 patients (69 (79.3 %) men and 18 (20.7 %) women) with mild brain contusions, who were hospitalized in neurosurgical department of the Kyiv City Emergency Hospital and traumatology department of Ternopil Municipal Emergency Hospital № 1 from March 2012 till December 2016, based on repeat CT during treatment.

Results. Among our patients, 24 (27.6 %) had only brain contusion, 29 (33.4 %) had only traumatic subarachnoid hemorrhage, and 34 (39 %) had both pathologies. Fifty-three (86.9 %) patients had one contusion and 8 (13.1 %) had two or more. The average time between trauma and CT was 3.3 hours. The average volume of contusion was 1.9 ± 0.6 cm³. The second CT was performed on average after 8 hours (range 3–17 hours) after the initial scan. Secondary hemorrhagic progression of contusion (SHPC) was detected in 12 (13.7 %) cases, in 4 (4.6 %) patients with clinical deterioration with urgent CT indications, in 7 (8 %) patients with increased headache and nausea/vomiting, in 1 (1.1 %) without any clinical signs. The average volume of contusion on the 2nd CT was 2.6 ± 0.7 cm³. In 76 (87.4 %) patients without severe symptoms, there was no correction in treatment after the 2nd CT. None of the patients with mild brain contusion has undergone surgery. All patients were discharged with favorable results (Glasgow Outcome Scale — 4–5).

Conclusions. Patients with mild TBI with contusions have a low risk of hemorrhagic progression. In patients with a progressive increase in

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

cerebral symptoms, the clinical approach includes repeat visualization after 6–8 hours. Patients with a decreased level of consciousness, considering the risk of sudden clinical deterioration, require continuous neurological monitoring before CT.

Key words: mild brain contusion, computer tomography, hemorrhagic progression of contusion.

Відомості про авторів:

Виваль Микола Богданович — аспірант кафедри нейрохірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; лікар-нейрохірург Тернопільської міської клінічної лікарні швидкої допомоги. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Перекопайко Юрій Миколайович — клінічний ординатор кафедри нейрохірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК 616–006.482

КАВЕРНОЗНІ ГЕМАНГІОМИ ОРБИТИ

М. С. Гудим

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, м. Київ

Вступ. Каверноми є найбільш поширеними доброякісними первинними пухлинами орбіти у дорослих.

Мета. Проаналізувати результати хірургічного лікування пацієнтів із кавернозними гемангіомами.

Матеріали і методи. Проаналізовано 19 випадків кавернозних гемангіом, які були оперовані з 2000 по 2015 рр. на базі нейрохірургічного відділення № 2 Київської міської лікарні швидкої медичної допомоги. Каверноми були розділені на утворення вершини орбіти, і сектор А, В, С згідно топографії орбіти. Показами для хірургічного лікування були клінічні симптоми визвані інтраорбітальним новоутворенням. При каверномах важливим є тотальне висічення пухлини, із збереженням всіх нервових і м'язових структур, щоб запобігти погіршенню зору. У 7 (37 %) випадках виконана лобно-скронева краніотомія із верхньою орбітотомією. У 12 (63 %) пацієнтів латеральна орбітотомія. Тривалість катамнеза становила від 1 року до 10 років.

Результати. Середній вік пацієнтів склав 44 років (від 24 — 69 років). Із них 13 (68 %) становили жінки та 6 (32 %) чоловіків. У 10 пацієнтів (53 %) гемангіом була розташована на лівій стороні, а в 9 (47 %) праворуч. Всі пухлини були інтраканальні, розташовані в рет-