

ної клітки для уточнення стану легень та малого кола кровообігу, форми і розмірів серця.

Результати дослідження. При ЕхоКГ у 2 немовлят визначався одинокий ехопозитивний утвір: в одного — в лівому шлуночку (ЛШ) діаметром 7,8 мм, фіксований до міжшлуночкової перегородки (МШП), який пролабував у просвіт аорти з обструкцією вивідного тракту ЛШ (ВТЛШ); у другого — в правому шлуночку, розмірами 9,2×8,5 мм, із гіпертрофією стінок правого шлуночка і міжшлуночкової перегородки (ТМШП=6,1 мм). В іншій дитини виявлені множинні вузлові утворення в ЛШ та фіксоване до міжшлуночкової перегородки, розмірами від 9 до 18 мм. Скорочувальна здатність серця була збережена. У всіх дітей визначалося функціонуюче овальне вікно (ФОВ) з ліво-правим скиданням і гемодинамічно незначуща артеріальна протока.

При рентгенологічному дослідженні ОГК у всіх дітей визначалася кардіомегалія, куляста форма серця. В одній дитини діагностовано двобічну вогнищево-зливну пневмонію.

Дитина з пухлиною лівого шлуночка з обструкцією ВТЛШ була успішно прооперована, гістологічно підтверджений діагноз міксоми.

Дитина з множинними пухлинами серця була проконсультована генетиком. Після додаткового обстеження був підтверджений діагноз туберозного склерозу з множинними пухлинами (рабдоміомами) серця.

В 1 дитини діагноз рабдоміоми було підтверджено при розтині (основний діагноз – внутрішньотробна інфекція, двобічна пневмонія).

Висновки. Таким чином, ЕхоКГ залишається провідним методом діагностики патології серця у новонароджених, у тому числі й пухлин. Незважаючи на рідкість пухлин серця у дітей, потрібно бути настороженими щодо даної патології, оскільки своєчасно встановлений діагноз дозволяє вчасно провести адекватне лікування.

ОСОБЛИВОСТІ КІСТКОВИХ МЕТАСТАЗІВ НИРКОВОКЛІТИННОГО РАКУ

*Шармазанова О.П., Лисенко Н.С., Солковська О.В.
Харківська медична академія
післядипломної освіти, Україна*

Рак нирки (РП) – одна з найбільш поширених урологічних пухлин, що складає 2-4% від усіх злоякісних новоутворень. У 85% пухлина розвивається з епітелію проксимальних каналців і називається пухлиною Гравица, або нирковоклітинним раком. Широке використання сучасних методів візуалізації привело до значного збільшення частоти випадкового виявлення пухлини нирки. Вважається, що близько 70% усіх випадків раку нирки випадково виявляються в процесі візуалізуючого дослідження з іншої причини. Така тенденція дуже сприятлива,

тому що це дозволяє діагностувати рак нирки на більш ранній стадії без розвитку метастазів. Однак відомо, що рак нирки має високу схильність до метастазування, іноді з непередбачуваними шляхами поширення. Приблизно одна третина вперше виявлених пацієнтів із РП мають метастази. Найбільш часті зони метастазування – легені, кістки, надниркові залози, печінка, головний мозок. У ряді випадків пацієнти звертаються з приводу змін у кістковій або інших системах, не знаючи про наявність первинної пухлини.

Мета роботи: вивчити особливості кісткових метастазів раку нирки.

Матеріал і методи дослідження. Проаналізовано історії хвороби і дані рентгенологічного дослідження (звичайна рентгенографія та МСКТ) кісток 15 хворих на рак нирки з кістковими метастазами, які первинно звернулися зі скаргами на біль у кінцівках і внаслідок цього обмеження їх функції. Первинну пухлину – нирковоклітинний рак – виявили пізніше після додаткових пошуків джерела метастазування. Діагноз верифіковано за допомогою даних пункційної біопсії патологічного вогнища кістки та гістологічного аналізу матеріалу після оперативних втручань. Всі хворі були прооперовані.

Результати дослідження. У всіх пацієнтів при зверненні на рентгенограмах кінцівок були виявлені літичні поодинокі осередки деструкції, в 3 (20,0%) випадках ускладнені патологічними переломами. У 8 (53,3%) хворих визначено ураження нижніх кінцівок: у 5 (33,3%) – стегнової кістки, у 3 (20,0%) – великогомілкової. У 7 (46,7%) встановлено ураження верхнього плечового пояса: у 4 (26,7%) пацієнтів – проксимального відділу плечової кістки, у 3 (20,0%) – лопатки. У 8 (53,3%) пацієнтів при первинному зверненні був встановлений помилковий діагноз: в 3 (37,5%) випадках – гігантклітинної пухлини, у 2 (25,0%) – вогнищевої фіброзної дисплазії, ще у 2 (25,0%) була діагностована первинна інфільтративна пухлина кістки, в 1 (12,5%) запідозрений запальний процес. Помилкові висновки були обумовлені нетиповою локалізацією уражень (лопатка та епіфізи кісток); наявністю в 7 (46,7%) випадках здуття кістки, з них у 3 воно було значне (лопатка та проксимальний епіфіз плечової кістки); значною протяжністю ураження – до 7 см; відсутністю візуалізації коркового шару (2 пацієнти); чітким відокремленням осередка від здорової тканини (4 випадки). Лише у 7 (46,7%) пацієнтів визначалась типова картина солітарного метастазу: центрально розташована ділянка деструкції на рівні метадіафізу кісток розміром до 3-5 см із нечіткими контурами. У 5 (33,3%) пацієнтів за клінічними показаннями спочатку проводили хірургічне видалення метастазу, а потім пухлини нирки, у решта – навпаки.

Висновки. Рак нирки часто метастазує у верхній плечовий пояс і викликає експансивний ріст метастазу зі здуттям кістки значних розмірів.