

3. Веялкина, Н. Н. Радиационное поражение ткани легкого мышцей при локальном фракционированном рентгеновском облучении / Н. Н. Веялкина, Ю. В. Дворник, Е. А. Медведева // Жизнеобеспечение при критических состояниях : сборник тезисов XXVI Всероссийской конференции с международным участием ; 19-й Всероссийской конференции с международным участием ; VI Научно-практической конференции, г. Москва, 12–16 апр. 2024 г. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью "Наш Стил", 2024. – С. 156–157. – DOI: 10.59043/9785605341932_156.

УДК 614.45-006-089

Д. П. Гарелик¹, Г. Г. Божко², В. А. Озем¹, Н. В. Бублевич¹, А. И. Ковалевский¹

¹Учреждение здравоохранения «Гродненская университетская клиника»,

²Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Республика Беларусь

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКА В ГРОДНО

Актуальность

Опухоли надпочечника (ОН) наблюдаются у 3–4 % обследуемых пациентов в возрасте 40–70 лет [2, 3]. Опухоли коры надпочечников встречаются реже чем опухоли мозгового слоя, а гормональную активность проявляют около 10% неоплазий [2,4]. Среди всех выявленных опухолей рак встречается в 2–4 % случаев [1, 5]. Клинические проявления ОН зависят от наличия гормональной активности, морфологического типа и степени дифференцировки опухоли [2, 4]. В клинической практике часто используется гистологическая классификация (WHO, Lion, 2004), в которой учитывается локализация опухоли в надпочечнике (корковый и мозговой слои) и гистогенетические особенности неоплазий, имеющих эпителиальное и стромальное происхождение. Первичные ОН делятся на гормонально-активные, гормонально-неактивные «клинически немые» новообразования (инсиденталомы от incidental (англ.) – случайный). Эта (ВОЗ Лион, 2004 г.) классификация ОН включает: 1) опухоли коры надпочечников: адренокортикальная аденома; адренокортикальная карцинома; 2) опухоли мозгового вещества надпочечников: доброкачественная феохромоцитома; злокачественная феохромоцитома; композитная феохромоцитома/параганглиома; вненадпочечниковые параганглиомы (каротидного тела, югуло-тимпаническая, вагальная, аортопульмональная, верхние и нижние парааортальные, внутригрудные и паравентральные); 3) другие опухоли и опухолеподобные поражения (тератомы, ганглионевромы, первичные мезенхимальные опухоли, саркомы); 4) вторичные (метастатические) опухоли. Кроме морфологической классификации при злокачественных опухолях надпочечника (C74.0) используют стадирование по системе TNM в соответствии с классификацией AJCC (American Joint Commission on Cancer)/UICC (International Union Against Cancer)]. Клинически более адаптированной и современной представляется классификация ENSAT (European Network for the Study of Adrenal Tumors) – европейской рабочей группы по изучению опухолей надпочечников [5,6].

Материалы и методы исследования

Ретроспективно изучены данные 17 пациентов, состоявших на учете со злокачественными ОН в канцер-регистре Гродненского областного онкологического диспансера (ГООД), а также данные 12 пациентов с доброкачественными ОН (аденомами), которым выполнялись адреналэктомии в онкологическом отделении № 6 в 2020–2024 гг. Возраст пациентов колебался от 6 лет до 72 лет. Среди них было 14 мужчин и 15 жен-

щин. Из 17 случаев злокачественных ОП опухоли в мозговой зоне надпочечника имелись у 9, в корковом слое у – 6 и метастатические у – 2 пациентов. «Клинически немые» новообразования или инциденталомы имели место в 18 случаях, среди которых у 12 гистологически были установлены аденомы надпочечника. Симптомы и признаки опухолевого заболевания отмечены у 11 пациентов. Клиническая картина заболевания определялась, не гистологическим типом новообразования, а его локализацией, близостью к анатомическим структурам (сосуды, нервы) и органам. Наиболее часто ОН метастазировали в легкие (5 случаев) и печень (2 случая). У 3 пациентов ОН были вторичными (метастатическими), из которых у 2 пациента при раке легкого и у 1 при раке прямой кишки. Диагностический комплекс проводился в соответствии с протоколами (приказ № 60 Министерства Здравоохранения Республики Беларусь) и включал в себя физикальные, лабораторные, общеклинические инструментальные и специальные методы исследования. Главную роль в уточняющей диагностике ОН имели такие методы как УЗИ, КТ и МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Основные принципы диагностической и лечебной тактики заключались в определении: 1) первичной локализации опухоли; 2) возможности ее хирургического удаления; 3) уточнения объема предстоящей операции при распространении на смежные структуры и органы (почку). Завершающим этапом обследования пациента было уточнение степени операционного риска. Морфологическое подтверждение диагноза до операции решающего значения не имело. Гистологический тип опухоли устанавливался после проведенной адреналэктомии. На основании морфологического исследования микропрепаратов у 9 пациентов установлена злокачественная феохромоцитома, у 5 – адренокортикальная карцинома, у 3 – метастатические вторичные опухоли и у 13 – доброкачественные опухоли надпочечника (кортикальные аденомы и доброкачественные феохромоцитомы). Для выполнения адреналэктомии у пациентов использовался традиционный люмботомический доступ, у 3 из них она произведена лапароскопически.

Результаты исследования и их обсуждение

За 5-летний период в онкологическом отделении № 6 прооперировано 12 пациентов с аденомами надпочечника, которым была выполнена адреналэктомия. Среди них послеоперационной летальности не было. К исходу 2024 года летальный исход отмечен у 9 пациентов злокачественными ОН.

Выводы

Опухоли надпочечника, являясь редкой патологией, имеют разнообразные морфологические типы, часто при отсутствии клинических проявлений («немые опухоли»), что обуславливает сложность в их выявлении. Злокачественные ОН имеют агрессивный характер с высокой склонностью к метастазированию и прогрессированию при низкой пятилетней выживаемости.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Инциденталомы надпочечников / Д. Г. Бельцевич, Н. С. Кузнецов, Н. М. Солдатова, В. Э. Ванушко // Эндокринная хирургия. – 2009. – Т. 3. – № 1. – С. 19–23.
2. Мельниченко, Г. А. Проект российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению адренокортикального рака / Г. А. Мельниченко, И. С. Стилиди, В. А. Горбунова // Эндокринная хирургия. – 2014. – Т. 8, № 1. – С. 4–26.
3. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по дифференциальной диагностике инциденталом надпочечников / Д. Г. Бельцевич, Г. А. Мельниченко, Н. С. Кузнецов [и др.] // Эндокринная хирургия. – 2016. – Т. 10, № 4. – С. 31–42.
4. Особенности опухолей надпочечника у жителей Гродненской области / Д. П. Гарелик, А. В. Праворов, В. А. [и др.] // Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итоговой научно-практической конференции, 26 января 2023 г. / отв. ред. И. Г. Жук. – Гродно : ГрГМУ, 2023. – С. 101.

5. Berruti, A. Adrenal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up / A. Berruti, E. Baudin, H. Gelderblom // Ann. Oncol. — 2012. — Vol. 23, № 7. — P. 131–138.
6. Lughezzani, G. The European Network for the Study of Adrenal Tumors staging system is prognostically superior to the international union against cancer-staging system: a North American validation / G. Lughezzani, M. Sun, P. Perrotte // Eur. J. Cancer. - 2010. — Vol. 46, № 4. — P. 713–719.
7. UICC Manual of Clinical Oncology, Ninth Edition / edited by Brian O’Sullivan, James D. Brierley, Anil K. D’Cruz [et al.] // Vermorken and Shao Hui Huang, 2015 UICC. Published 2015 by John Wiley & Sons, Ltd.
8. Donatini, G. Long-Term Survival After Adrenalectomy for Stage I/II Adrenocortical Carcinoma (ACC): A Retrospective Comparative Cohort Study of Laparoscopic Versus Open Approach / G. Donatini, R. Caiazzo, Ch. Do Cao // Ann. Surg. Oncol. — 2014. — Vol. 21. — P. 284–291.

УДК 616.36+616.411]-001-005-092.9

Т. С. Гуща, Ю. М. Киселевский

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

СПОСОБ ГЕМОСТАЗА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

Введение

За последние годы изменилась структура травматизма, заключающаяся в увеличении доли множественных и сочетанных травм, частота которых достигает 55–80 % [2]. В абдоминальной хирургии травматические повреждения печени и селезенки как открытые, так и закрытые отличаются тяжелой кровопотерей и занимают одно из ведущих мест среди повреждений органов брюшной полости. Среди пострадавших преобладают люди трудоспособного возраста (70–95 %), средний возраст которых от 25 до 36 лет. Травмы печени при открытых повреждениях составляют 15–20 %, с летальностью 6 – 12 %, при закрытых – 28 – 72 %. При закрытой травме живота разрывы селезенки занимают 3-е место среди повреждений органов брюшной полости. Кроме этого ятрогенные интраоперационные повреждения селезенки с развитием кровотечения при операциях на других органах брюшной полости составляют 0,4–2 % с летальностью от 5 до 27 % [4]. Особенности строения и анатомическое положение объясняют уязвимость печени и селезенки, а отсутствие клапанов в венах печени, неспадающий просвет сосудов, плохая сократительная способность паренхимы обеспечивают длительное интенсивное кровотечение при травмах [1. 2]. Остановка кровотечения при ранениях печени является одной из важнейших проблем хирургии паренхиматозных органов, а высокие цифры неудовлетворительных результатов лечения их предопределены в первую очередь отсутствием надежных способов гемостаза.

На протяжении длительного времени считалось, что основной операцией при сочетанных повреждениях селезенки является спленэктомия. Однако доказано, что у пациентов после спленэктомии достоверно повышается заболеваемость вирусными, инфекционными и онкологическими заболеваниями, происходит снижение общего тонуса и работоспособности, что приводит к развитию так называемого «постспленэктомического синдрома». Единственным радикальным методом профилактики развития данного синдрома является аутотрансплантация ткани селезенки [1, 2. 3]. При множе-