

осевом питающем сосуде (перфорантной ветви нижнеягодичной артерии) с формированием микрососудистого вено-венозного анастомоза. Операция проводилась под внутривенной анестезией. Количество койко-дней после оперативного вмешательства (с учетом времени приживления аутотранспланта) составило, согласно медиане, 7 (6; 11) и 9 (7; 16) дней для 1-й и 2-й групп соответственно.

Выводы

1. Предоперационная подготовка по методике Fast-track эффективно позволила сократить предоперационный период и составила, согласно медиане, от 3 (1; 5) до 6 (4; 10) дней.

2. У 18 пациентов были выявлены декубитальные язвы одной локализации (седалищного бугра – 3 (16,7%), крестца – 11 (61,1%), пяточной области – 3 (16,7%), лопаток – 1 (5,5%)). В то время как у 6 пациентов определялись пролежни множественных локализаций.

3. Медиана возраста для мужчин (N=15) составила 63 (58;65) года, для женщин (N=9) – 72,5 (68;76) лет.

4. Для пациентов 1 и 2 группы была проведена некрэктомия с одномоментной аутотрансплантацией кожно-фасциального лоскута на осевом питающем сосуде с формированием микрососудистого вено-венозного анастомоза. Для пациентов 3 группы была показана некрэктомия без пластического закрытия раневого дефекта в виду тяжелой сопутствующей патологии и низкого реабилитационного потенциала.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузьмин, Ю. В. Лечение пролежней крестцово-ягодичной области / Ю. В. Кузьмин, С. А. Жидков, А. А. Копать // Хирургия Беларуси – состояние и развитие : сб. материалов науч.-практ. конф. с междунар. участием и XVII Съезда хирургов Республики Беларусь, Могилев, 12-13 окт. 2023 г. / под ред. Г. Г. Кондратенко, О. О. Руммо, А. И. Протасевича. – Минск, 2023. – С. 473–474.

2. Некрэктомия с одномоментной кожно-фасциальной пластикой при декубитальных язвах / Е. Г. Молодой, А. Я. Маканин, Р. М. Ивкович [и др.] // Инфекционные осложнения в хирургии: сб. материалов XXIX пленума хирургов Республики Беларусь, Островец, 21-22 нояб. 2024 г. / под ред. О. О. Руммо, А. И. Протасевича. – Минск, 2024. – С. 316–318.

3. Об утверждении клинического протокола «Диагностика, лечение и профилактика пролежней у пациентов (взрослое население)»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.10.2024, № 146. // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – URL: <http://minzdrav.gov.by/> (дата обращения: 08.03.2025).

УДК 616.12-005.4+616.61-008.6

А. А. Матющенко, А. Д. Скудская

*Научные руководители: к.м.н., доцент М. В. Кунцевич,
врач-патологоанатом Ю. С. Шевяко*

Учреждение образования

*«Витебский государственный ордена дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь*

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДИССЕМНИРОВАННЫХ ПРОЦЕССОВ ЛЕГКИХ И ЛИМФАДЕНОПАТИИ СРЕДОСТЕНИЯ

Введение

Диагностика этиологии диссеминированных процессов в легких и лимфаденопатии средостения по клинико-рентгенологическим признакам ввиду широкого разнообразия возможных причин и схожести клинических проявлений часто является невозможной, что обуславливает необходимость морфологической верификации путем проведения прижизненной биопсии. Достоверность гистологических данных достигает 95–98% [1].

Золотым стандартом диагностики интерстициальных и очаговых поражений легких на сегодняшний день является торакоскопическая биопсия легкого [2]. На сегодняшний день все большую популярность приобретают методики эндоскопической трансбронхиальной биопсии легких и лимфоузлов средостения [1, 3, 4]. Ввиду необходимости применения сложного оборудования и дефицита специалистов, в совершенстве владеющих подобными методиками применение данных методик ограничено [1].

Цель

Изучить этиологическую структуру диссеминированных процессов легких и лимфаденопатии средостения по результатам торакоскопических биопсий.

Материал и методы исследования

Были изучены данные историй болезни пациентов с лимфаденопатией средостения и диссеминированными процессами в легких, которые находились на обследовании в торакальном хирургическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» в период с 2023 по 2024 г. В исследование включено 142 пациента. Из них женщин было 108 (76%), мужчин – 34 (24%). Возраст от 20 до 74 лет.

Изменения в лимфоузлах обнаружены у 28 пациентов, в легких у – 98, и в легких и лимфоузлах у – 16. Пациенты поступали планово, по направлению ЛПУ г. Витебска и Витебской области при выявлении у них лимфаденопатии средостения и/или диссеминированных процессов в легких в ходе рентгенологического обследования. Показания для операции, а также выбор оптимальной зоны для проведения биопсии устанавливали на основании пересмотра компьютерной томографии органов грудной клетки.

За 2023–2024 гг. года было прооперировано 142 пациента с диссеминированными неуточненными процессами в легких и/или лимфаденопатией средостения. Всем пациентам была выполнена видеоторакоскопическая биопсия лимфатических узлов средостения и/или резецированного участка легкого. Суммарно проведено 114 биопсий легкого и 44 биопсии лимфоузлов.

Операции выполнялись под комбинированной многокомпонентной ингаляционной анестезией с отдельной интубацией бронхов. В качестве вводного наркоза был использован 1% пропофол на фоне тотальной миоплегии 2% дитилином. Поддерживающая анестезия обеспечивалась ингаляцией газовой смеси закиси азота с кислородом и севораном, а также введением 0,005% раствора фентанила. Миорелаксацию поддерживали введением атракурия безилата.

Верификация диагноза проводилась путем патоморфологического исследования операционного материала. Полученные образцы тканей фиксировали 10% нейтральным забуференным формалином. После дегидратации и обезжиривания тканей с пропиткой их парафином готовили тонкие срезы на микротоме. Окраска полученных срезов выполнялась автоматически с использованием стандартного гистохимического красителя гематоксилин-эозин.

В работе использованы методы описательной и непараметрической статистики в модуле программы STATISTICA 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Лимфатические узлы, послужившие материалом для биопсии, относились к группе прикорневых в 29 (65,9%) случаях, в 11 (25%) – к группе аортопульмонарных, в 4 – к паратрахеальным (9,1%). Операцию завершали дренированием плевральной полости. В 1 (0,7%) случае была произведена конверсия в торакотомию в связи с развитием кровотечения. В послеоперационном периоде осложнений не было. Послеоперационный койко-день составил 2 [2; 4] дня. Результаты патогистологического исследования

пациенты уточняли после выписки. Окончательный диагноз выставлялся с учетом результатов патоморфологического исследования, которое проводили в Витебском областном патологоанатомическом бюро.

Этиологическая структура патоморфологических изменений в легких и лимфоузлах средостения отражена в таблице 1.

Таблица 1 – Этиология диссеминированных процессов в легких и лимфаденопатии средостения

Биоптат	Количество пациентов (%)	Этиология по данным биопсии	Количество пациентов (%)
Изменения в легких	98 (69%)	Саркоидоз	27 (28%)
		Пневмокониоз	26 (27%)
		Туберкулез	3 (3%)
		Канцероматоз	3 (3%)
		Интерстициальная пневмония	4 (4%)
		Неспецифические изменения	35 (36%)
Изменения в лимфоузлах	28 (20%)	Саркоидоз	14 (50%)
		Туберкулез	6 (21%)
		Псевдогранулематоз	2 (7%)
		Лимфагранулематоз	2 (7%)
		Неспецифические изменения	4 (14%)
Изменения в легких и лимфоузлах	16 (11%)	Саркоидоз	15 (93,75%)
		Неспецифические изменения	1 (6,25%)

Из данных, представленных в таблице 1 следует, что достоверно можно судить о характере изменений в 102 (71%) случаях. При этом биопсия лимфоузла чаще давала однозначный диагностический результат 86% против 64% при резекции участка легких ($p_{\text{Fisher}}=0,04$). Подобная разница может объясняться как различной диагностической ценностью, так и отличиями в самих патологических процессах. Для легочной ткани характерно развитие «поствоспалительных изменений», которые могут длительно сохраняться, но при этом не принимать характера специфического поражения. Подобные изменения, как и интерстициальная пневмония значительно чаще наблюдались во время пандемии SARS-CoV-2.

При планировании операции следует учитывать характер и локализацию поражения легких, состояние пациента и наличие сопутствующей патологии. У отдельных пациентов могут наблюдаться глубокие нарушения дыхательной и сердечной деятельности, как при вводимом наркозе, так и интраоперационно на фоне инструментального ателектаза и потребности в односторонней вентиляции. Также следует принимать во внимание техническую оснащенность операционной. Это важно для обеспечения безопасного, малотравматичного и по-возможности косметичного забора диагностически ценного материала.

Следует помнить, что выделение средостенных лимфоузлов сопряжено риском повреждения крупных сосудистых структур, что чревато развитием массивного кровотечения и может потребовать экстренной торакоми. По этим причинам удобно использовать основной (либо единственный) доступ в 4-м либо в 5-м межреберье, что также обеспечивает хороший косметический результат, а в случае необходимости разрез может быть продлен до «типичной» переднебоковой торакотомии.

При выписке, либо после уточнения результатов патогистологического исследования всем пациентам были даны рекомендации касательно консультаций соответствующих врачей-специалистов (фтизиаторов, пульмонологов, онкологов).

Выводы

1. Наиболее частая причина диссеминированных процессов в лёгких и лимфаденопатии средостения – это саркоидоз.

2. Патологические изменения в лимфоузлах характеризуются более развитием специфического процесса по сравнению с таковыми в паренхиме легких ($p_{\text{Fisher}}=0,04$). Это обуславливает «приоритет» получения биоптата лимфоидной ткани.

3. При планировании диагностической видеоторакоскопии пациентам с неуточненными поражениями легких и лимфаденопатией средостения хирургу следует учитывать характер и локализацию поражений легких, общее состояние пациента, техническую оснащенность операционной.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Интервенционная бронхология : от диагностики к лечению / под ред. И. Вотрубы, Ю. Шимовича ; пер. с чешск. под ред. И. В. Сивокозова. – М. : Литтерра, 2019. – 304 с. : ил.
2. European Respiratory Society guidelines on transbronchial lung cryobiopsy in the diagnosis of interstitial lung diseases / D. A. Korevaar, S. Colella, M. Fally [et al.] // Eur. Respir. J. – 2022. – Vol. 60, № 5. – P. 2200425.
3. Transbronchial cryobiopsy for the diagnosis of interstitial lung diseases: CHEST Guideline and Expert Panel Report / F. Maldonado, S. K. Danoff, A. U. Wells [et al.] // Chest. – 2020. – Vol. 157. – P. 1030–1042.
4. Самородов, Н. А. Сравнительный анализ результатов трансbronхиальной игловой аспирационной биопсии лимфоузлов средостения при гибкой и ригидной трахеобронхоскопии при верификации медиастинальных лимфаденопатий / Н. А. Самородов [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2023. Т. 101. – № 3. – С. 15–20.

УДК 616.36-008.5-006-092-089

А. Н. Михуто, С. В. Акуленко

Научный руководитель: ассистент В. В. Мартынюк

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Введение

Механическая желтуха опухолевого генеза (МЖОГ) является тяжелым и зачастую первым осложнением злокачественных новообразований (ЗНО) органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ). По мнению многих авторов, рано или поздно МЖ развивается у всех больных с опухолями ГПДЗ [1].

При этом основные причины, приводящие к блоку оттока желчи из печени, делятся на 3 группы: а) первичные опухоли ГПДЗ, находящиеся в непосредственной близости от магистральных внепеченочных желчных протоков (ВЖП) и сдавливающие последние – опухоль Klatskin, метастазы рака в печень, увеличивающиеся метастатические лимфатические узлы гастродуоденальной связки; б) злокачественные опухоли самих желчевыводящих путей (ЖВП) – интра- и экстрагепатических, в том числе рак большого дуоденального сосочка (БДС) (20%), рак желчного пузыря (ЖП) (около 15%), опухолевое поражение поджелудочной железы (ПЖ) (47%), в частности ее головки, реже – тела. Развитие МЖ прежде всего свидетельствует о больших размерах опухоли и ее распространенности.