

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 трансбронхиальной 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.

Длительный билиарный блок опухолевой природы приводит к прогрессирующим изменениям паренхимы печени и вторичному портальному циррозу печени [3].

Лечение больных с МЖОГ остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Известно, что у больных с механической желтухой (МЖ) как опухолевого, так и доброкачественного происхождения достоверно чаще наблюдаются послеоперационные осложнения, при этом имеет место высокая летальность. Причинами этого являются высокий уровень билирубина, желчных кислот в сыворотке крови, системная и/или портальная эндотоксемия с развитием почечной и последующей полиорганной недостаточности. При отсутствии эффективной декомпрессии ЖВП МЖ осложняется холангитом и/или прогрессированием печеночно-клеточной недостаточности [2].

По данным доступной литературы, опухолевый морфогенез развития МЖ выявляется примерно у 45–65% пациентов, которые чаще относятся к старшей возрастной группе и, как правило, имеют целый ряд хронических заболеваний различного генеза, что снижает вероятность успешного проведения радикального хирургического лечения [3].

Особенностью течения ЗНО органов ГПДЗ является то, что даже при небольшом размере опухоли (до 2 см) имеется риск сосудистой инвазии, что также ставит под сомнение успешность радикального оперативного лечения. Учитывая, что резектабельность опухолей этих локализаций не превышает 20–25%, значительный интерес представляет определение оптимального минимально инвазивного метода желчеотведения для декомпрессии ЖВП и разрешения МЖ [1].

На сегодняшний день существуют различные варианты малоинвазивных способов билиарного дренирования: холецистостомия, выполняемая под УЗ- или Rg-контролем; чрескожная чреспеченочная холангиостомия под УЗ- и Rg- контролем с установкой наружных, наружновнутренних дренажей, внутренних билиарных стентов; «эндоскопический» доступ к желчным протокам: ретроградное билиарное стентирование и гастрогепатикостомия под ЭУС-наведением; комбинированные методики дренирования желчных протоков [4].

Цель

Анализ результативности различных методов хирургического лечения больных с МЖОГ: выявление доминирующих нозологических единиц, ведущим осложнением которых является МЖОГ; интерпретация результатов лечения и определение преимуществ различных тактик хирургического вмешательства; количественная оценка осложнений и случаев летальности в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ данных архивных историй болезни 134 пациентов с онкопатологией ГПДЗ, осложненной МЖОГ, из которых в 51 случае (38%) проводилось оперативное лечение. Все пациенты проходили стационарное лечение на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в рамках 2023–2024 гг. Статистическая обработка данных проведена с использованием приложений «Microsoft Excel 2016» и «STATISTICA V.10». Так как полученные данные не подчинялись закону нормального распределения, согласно критерию Шапиро-Уилка, они были представлены в формате Me (Q1; Q3), где Me – медиана, Q1; Q3 – верхний и нижний квартили. Результаты исследования считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую выборку составил 51 пациент в соотношении по полу: 23 мужчины (45,1%), 28 женщин (54,9%). Медианный возраст (Me (Q25; Q75)) для мужчин составил 69,5 (60; 78) лет, минимальное значение 51 год, максимальное – 87 лет; для женщин –

79 (72; 87) лет, минимальное значение – 56 лет, максимальное – 100 лет. По данным проведенного исследования, основными нозологическими единицами, осложненными МЖ с показаниями к оперативному лечению, являлись: рак головки ПЖ (78,4%), ЗНО ЖП (7,84%) и ЖВП (7,84%), а также опухоль Клацкина – воротная (1,96%) и холангио-целлюлярная (1,96%) карциномы. Анализ данных был представлен следующим образом (Рисунок 1):

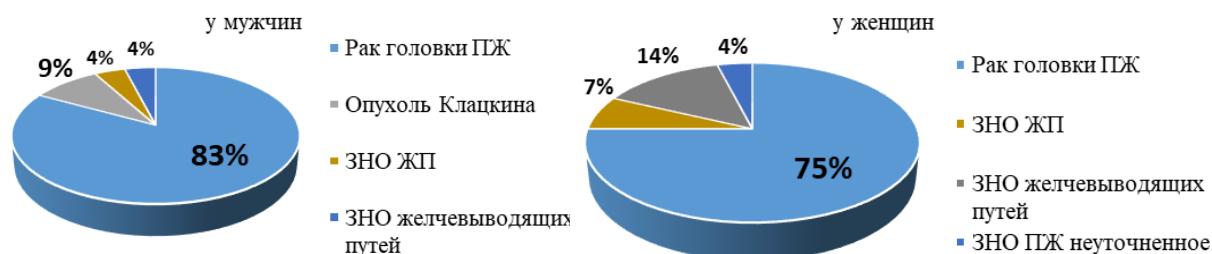


Рисунок 1 – Частота встречаемости отдельных нозологических форм, осложненных МЖОГ

В ходе данного исследования были сформированы две группы. Группа 1 состояла из пациентов, которым были проведены открытые оперативные вмешательства; группа 2 включала пациентов, которым проводились миниинвазивные операции по поводу МЖ. Основными критериями эффективности оперативного лечения являлись: количество койко-дней (n), проведенных пациентом в стационаре, а также учет послеоперационных осложнений и выявление случаев летальности (%) (Таблица 1).

Таблица 1 – Соотношение групп пациентов по виду оперативного вмешательства

Группа 1		Группа 2	
Вид оперативного вмешательства	Количество проведенных операций, n	Вид оперативного вмешательства	Количество проведенных операций, n
1. ХДА по Юрашу-Виноградову	38	1. Холецистостомия под УЗИ-контролем	5
1.1. с холецистэктомией (с ХЭ)	23	2. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия под УЗИ-контролем	5
1.2. без холецистэктомии (без ХЭ)	9		
1.3. ХДА по Юрашу-Виноградову. Гастроэнтеростомия с соустьем по Брауну	5		
1.4. ХДА по Юрашу-Виноградову. Дренирование холедоха по Пиковскому	1		
2. ХЭ. Гепатикохолецистостомия	1		
3. Гепатикоэнтеростомия по Ру	2		
Всего чел. прооперировано:	41	Всего чел. прооперировано:	10
Среднее количество койко-дней	14(p=0.038)	Среднее количество койко-дней	14,8(p=0.031)
П/О осложнения	7,32%	П/О осложнения	нет
Случаи летальности, %	24,39%	Случаи летальности, %	10%

Согласно таблице 1, 80,4% пациентов относились к первой группе и лишь 19,6% – ко второй. Среднее количество койко-дней для пациентов обеих групп существенных различий не имело. Медианное значение (Me (Q25; Q75)) для группы 1 составило 22,5 (11,5; 27) дней, минимальное значение – 2, максимальное – 54; для группы 2 – 14 (4,5; 21) дней, минимальное значение – 3, максимальное – 30. Данные являлись статистически значимыми ($p < 0.05$). Типичным критерием эффективности лечения являлась частота послеоперационных осложнений (кишечное кровотечение, эмболизация сосудов ПЖ), которые были в 7,32% случаев выявлены в группе 1 и которых в группе 2 выявлено не было. Летальность в группе 1 составила практически $\frac{1}{4}$ прооперированных пациентов, в группе 2 – была снижена до 10%.

Выводы

1. Основными нозологическими единицами, предшествующими развитию МЖОГ, являлись: рак головки и тела ПЖ, злокачественные новообразования ЖП и ЖВП, в т.ч. и неуточненные, опухоль Клацкина. Последняя была выявлена только у пациентов мужского пола в 8,7% случаев.

2. Для неоперабельных и инкурабельных пациентов с МЖОГ методом выбора хирургического лечения являлись малоинвазивные эндоскопические и перкутанные желчеотводящие вмешательства.

3. Внедрение миниинвазивных технологий декомпрессии ЖВП у пациентов с МЖОГ позволило сократить количество открытых операций, снизить число случаев летальности практически в 2,5 раза, исключить высокий риск послеоперационных осложнений, улучшить качество жизни пациента.

4. Данная статья является доказательством утверждения о необходимости дальнейшего внедрения миниинвазивных паллиативных хирургических вмешательств, их совершенствования и внедрения новых методик.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Механическая желтуха опухолевого генеза: обоснование выбора метода декомпрессии желчевыводящих протоков / П. Н. Ромашенко, Н. А. Майстренко, А. И. Кузнецов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2020. – № 2. – С. 124–136.
2. Гальперин, Э. И. Классификация тяжести механической желтухи / Э. И. Гальперин, О. Н. Момунова // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. – 2014. – № 1. – С. 5–9.
3. Эндобилиарная хирургия механической желтухи опухолевого генеза / Р. Я. Алиев, А. М. Джафаров, К. М. Маммадов [и др.] // *Новости хирургии*. – 2023. – № 1. – С. 48–56.
4. Два подхода в лечении механической желтухи опухолевого генеза с применением нитиновых стентов / Р. М. Нагаев, И. В. Янгиров, Д. Ю. Францев [и др.] // *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»*. – 2022. – № 1. – С. 89–98.