

## ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

ТЕЛЕГИНА Л.В., ПИРОГОВ С.С., КАРПОВА Е.С., СУХИН Д.Г.,  
ПИКИН О.В., ХОРОНЕНКО В.Э.

Московский научно-исследовательский онкологический институт  
имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский  
исследовательский центр радиологии», Москва  
telarissa@mail.ru

Цель. Разработка методов комбинированной эндотрахеобронхиальной хирургии с использованием высокотехнологичных методов реканализации и стентирования у больных при стенозирующем раке трахеи и бронхов.

Материалы и методы. За период с 1984 по 2018 годы в МНИОИ им. П.А. Герцена разработаны и применены в клинике комбинированные методы эндотрахеобронхиальной хирургии и стентирования при злокачественных опухолях трахеи и бронхов у 430 больных. Всего было выполнено 1379 операции. Мужчин – 259, женщин – 171. Средний возраст –  $56,2 \pm 12,8$  лет. Плоскоклеточный рак был – у 179; аденокистозный рак – у 50; карциноидная опухоль – у 57; аденокарцинома – у 39; мелкоклеточный – у 22; рак щитовидной железы с прорастанием стенки трахеи – у 15; эндобронхиальные метастазы рака других локализаций, лимфома средостения, ЛГМ и др. – у 68 пациентов.

На первом этапе лечения с целью восстановления проходимости дыхательных путей в зависимости от локализации, распространенности и степени выраженности опухолевого стеноза были использованы: механическое срезывание опухоли в 0,2% случаев; Nd:YAG-лазерная деструкция в 25,6%; АПК – 24,9%; электрорезекция – 9,3%; ФДТ – 5,7%, а также их сочетание в 34,3%. На втором этапе лечения с учетом стадии, гистологической структуры проводили открытую хирургическую операцию, сочетанную лучевую терапию или эндоскопическое стентирование.

Разработано несколько вариантов анестезиологического обеспечения эндотрахеобронхиальных операций: местная анестезия с сохранением самостоятельного дыхания (СД) использована при выполнении 1107 (80,3%) операций; общая анестезия (ОА) с сохранением СД при 130 (9,4%), ОА с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) – при 90 (6,5%) и ОА с высокочастотной ИВЛ при 52 (3,8%).

Результаты. Благодаря использованию индивидуально подобранной оптимальной схемы эндоскопической реканализации удалось добиться полного восстановления просвета дыхательных путей в 96–100% наблюдений. Осложнения составили 5,6%, летальности нет.

У 60 (14%) больных была достигнута полная регрессия опухоли со сроком наблюдения без рецидива до 27 лет ( $Me = 8,5$  года,  $cp. = 9,2 \pm 6,3$ ). У 42 (10 %) больных после эндоскопического этапа была выполнена радикальная трахеобронхопластическая операция ( $Me = 9,5$  года,  $cp. = 10,2 \pm 5,5$ ). У 115 (26,6%) больных на II этапе прове-

дена сочетанная ЛТ с полной регрессией опухоли в 35% наблюдений ( $Me = 5,5$  года,  $cp. = 6,0 \pm 3,4$ ).

На втором этапе лечения у 125 (29%) больных с остаточной опухолью с паллиативной целью проводили стентирование трахеи и бронхов. Всего установлено 178 стентов: stent «DUMON» /Novathech, Medsil/ (16), Y-Stent Freitag /Rusch/ (2), HANARO-Stent /M.I.Tech/ (146), Ultraflex-Stent /Boston Scientific/ (6), Y-Stent Endo-flex GmbH (8). Максимальный срок наблюдения при стентировании – от 1 до 27 мес. ( $Me = 10,0$  мес.  $cp. = 10,4 \pm 6,2$ )

Применение ОА+СД, ОА+ИВЛ, а также ОА+ВЧ ИВЛ позволили у больных при стенозе III степени ликвидировать выраженную декомпенсированную дыхательную недостаточность ( $cp. зн. PO_2 57 \pm 1,9$  мм.рт.ст.) и нормализовать показатели газообмена до физиологических параметров с незначительной гипероксией ( $cp. зн. PO_2 114,9 \pm 1,3$  мм.рт.ст.) в конце операции. Это позволило предотвратить развитие респираторного ацидоза.

Выводы. Разработанные методы эндотрахеобронхиальной хирургии и стентирования позволяют увеличить число излеченных больных, уменьшить число тяжелых осложнений, а также улучшить качество и продолжительность жизни у инкурабельных пациентов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ДИСТАЛЬНОМ И ПРОКСИМАЛЬНОМ ОПУХОЛЕВОМ БИЛИАРНОМ БЛОКЕ

ФЕДОРОВ А.Г., ДАВЫДОВА С.В., КЛИМОВ А.Е.

Российский университет дружбы народов, кафедра факультетской  
хирургии, Москва  
dasvetvik@mail.ru

Целью ретроспективного исследования явился анализ результатов транспапиллярного стентирования желчных протоков у пациентов с опухолевой механической желтухой в зависимости от уровня билиарного блока.

Материал и методы: В клинике кафедры факультетской хирургии Российского университета дружбы народов в период 2003–2015 гг. попытка эндоскопического транспапиллярного стентирования предпринята у 254 пациентов. Соотношение мужчин и женщин составило 104/150, медиана возраста – 71 год (интерквартильный размах [ИКР] от 62 до 77 лет), медиана уровня билирубинемии – 225,9 мкмоль/л (ИКР от 144,3 до 337,2 мкмоль/л).

Причинами билиарной обструкции явились злокачественные опухоли головки поджелудочной железы (137), желчных протоков (57), большого сосочка двенадцатиперстной кишки (14), желчного пузыря (12), а также сдавление желчных протоков лимфатическими узлами (21) и метастатическое поражение ворот печени (13). Дистальный уровень билиарного блока имелся у 177 пациентов, проксимальный – у 77.

Результаты: Эндоскопическое стентирование было успешно осуществлено у 237 пациентов (93,3%). При пер-

вичном эндопротезировании у 217 пациентов установлены пластиковые стенты, у 20 – саморасширяющиеся.

При дистальном билиарном блоке стентирование выполнено у 169 из 177 пациентов (95,5%). У 8 пациентов попытка стентирования оказалась безуспешной: у 6 пациентов с инвазией опухоли в двенадцатиперстную кишку не удалось осуществить канюляцию общего желчного протока, у 2 – не удалось завести проводник выше уровня опухолевой обструкции. При проксимальном билиарном блоке стентирование выполнено у 68 из 77 пациентов (88,3%), у 9 пациентов осуществить стентирование не удалось из-за сложностей при проведении струны, инструмента или стента через ригидную извитую опухолевую стриктуру (у 6) или вследствие безуспешных попыток канюляции общего желчного протока (у 3). Техническая эффективность при проксимальном блоке оказалась статистически значимо ниже, чем при дистальном блоке ( $p=0,0375$ , точный критерий Фишера).

Осложнения развились у 33 пациентов (13,0%): при дистальном блоке – у 22 из 177 пациентов (12,4%), при проксимальном – у 11 из 77 (14,3%). Специфические осложнения, непосредственно обусловленные вмешательством, имели место у 32 (12,6%) пациентов: холангит – у 12 (у 8 при дистальном блоке /у 4 – при проксимальном), острый панкреатит – у 7 (у 3 /у 4, соответственно), кровотечение после папиллосфинктеротомии – у 5 (3/2), ретродуоденальная перфорация – у 1 (1/0), миграция стента – у 5 (4/1), острый холецистит – у 1 (1/0), синдром Мэллори-Вейса – у 1 (1/0). В 1 случае (0,4%) в послеоперационном периоде развилось острое нарушение мозгового кровообращения. При анализе зависимости частоты осложнений от уровня билиарного блока достоверных различий не было выявлено ни по общему количеству осложнений ( $p=0,4129$ ), ни по каждому осложнению в отдельности (во всех случаях  $p>0,05$ ).

В послеоперационном периоде в стационаре, в сроки от 2 до 32 суток после эндоскопического вмешательства, умерли 24 (9,4%) пациента. В 5 случаях смерть наступила на фоне развившихся осложнений (при дистальных блоках – в 3, при проксимальных – в 2): у 1 умершего причиной смерти стало кровотечение из распадающегося метастаза печени, у 4 – прогрессирующая раковая интоксикация и печёчно-почечная недостаточность. При дистальном блоке внепеченочных желчных протоков госпитальная летальность составила 7,9% (14 умерших), при проксимальном – 13% (10 умерших), различие показателей явилось статистически не значимым ( $p=0,1497$ ).

Выводы: Наш опыт позволяет заключить, что эндопротезирование желчных протоков является эффективным способом билиарной декомпрессии при опухолевой обструкции желчных протоков как при дистальном, так и при проксимальном билиарном блоке. Эндоскопическое стентирование при дистальном и проксимальном блоке сопровождается сопоставимым количеством и характером осложнений, а также уровнем летальности при более низком техническом успехе билиарной декомпрессии в случаях проксимальных билиарных стриктур, который, тем не менее, в нашем клиническом материале был достаточно высоким и составил более 88%.

## ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

ФОМИН А.В.<sup>1</sup>, ЗЕЛЬДИН Э.Я.<sup>1</sup>, ПОДОЛИНСКИЙ С.Г.<sup>2</sup>,  
ВОЛОДЬКИН В.В.<sup>2</sup>, КОВАЛЁВА Л.А.<sup>1</sup>

Витебский государственный медицинский университет  
Больница скорой медицинской помощи, Витебск, Республика Беларусь  
afomin\_mail@mail.ru

Нередко острая obturационная кишечная непроходимость является первым проявлением опухоли ободочной и прямой кишки, особенно часто это случается у лиц пожилого и старческого возраста. По данным Рычагова Г.П. и соавт. (2016 г.), за последние 40 лет половой возрастной состав, сроки госпитализации, локализация опухоли, характер осложнений и степень тяжести пациентов с острой obturационной непроходимостью раковой этиологии существенно не изменились. В результате улучшения качества диагностики, техники выполнения операций, предоперационной подготовки и послеоперационного лечения процент выполнения радикальных операций вырос с 51,5% до 69%. Вместе с тем, острая кишечная непроходимость при сложной патологии на фоне сопутствующих заболеваний остаётся одной из актуальных проблем хирургии. Актуальность не исчерпана в связи с большой частотой неблагоприятных исходов.

Одним из направлений улучшения результатов лечения можно рассматривать объективизацию лечебно-диагностического стандарта и разработку клинико-диагностического алгоритма с выбором единой рациональной хирургической тактики.

Анализируются результаты лечения 100 пациентов, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости опухолевого генеза. Мужчин было 42, женщин 58, средний возраст  $73 \pm 11$  лет. По результатам лечения выделена группа лиц с неблагоприятным исходом заболевания. На основании ретроспективного анализа определены критерии группы риска неблагоприятного исхода – это возраст старше 75 лет, локализация опухоли проксимальнее левого изгиба ободочной кишки, наличие более одного тяжёлого сопутствующего заболевания, длительность острого периода заболевания свыше 24 часов, анемия с уровнем эритроцитов ниже  $3,5 \times 10^{12}$ , в биохимическом анализе крови снижение общего белка ниже 60 г/л, повышение мочевины более 10 ммоль/л, наличие синдрома системного воспалительного ответа. Значимыми для прогнозирования исхода заболевания были интраоперационно установленный диаметр тонкой кишки более 4,5 см и диаметр толстой кишки более 11 см. Лечебно-диагностический алгоритм объективизирован с учётом полученных данных.

При наличии на обзорной рентгенограмме горизонтальных уровней, маятникообразной перистальтики, жидкости в брюшной полости и отсутствии клинического эффекта после постановки желудочного зонда с эвакуацией содержимого и очистительной клизмы, пациенты оперированы в сроки от 6 до 12 часов на фоне коррекции водно-электро-