

## **ОКАЗАНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ТОРАКАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ)**

Сандалов Е. Ж., Полунин С. В., Бирюков Д. П.

354 ВКГ (во), г. Екатеринбург, Россия

**Введение.** Сложность диагностики и выбор тактики у пациентов с заболеваниями и травмами груди является причиной диагностических и лечебно-тактических ошибок в 19,6-36,4% случаев, по данным разных авторов.

**Цель:** продемонстрировать эффективность внедрения в практику эндовидеохирургии при заболеваниях и травмах груди в условиях общехирургического отделения (неотложной хирургии).

**Материал и методы.** За период с 2006 по 2017 г. в отделении неотложной хирургии 354 ВКГ (во) находились на лечении 110 пациентов со спонтанным пневмотораксом (СП) и осложненными травмами груди (ОТГ) в возрасте от 17 лет до 71 года: с СП 60 пациент (средний возраст 29 лет), с ОТГ 51 пострадавший (средний возраст 34 года). Средний срок поступления от начала заболевания составил 1,5 суток, травмы – 2 суток.

Из 60 человек с СП: у 34 человек диагностирован правосторонний пневмоторакс, у 25 – левосторонний и у 1 – двухсторонний пневмоторакс. Причины: у 4 пациентов разрыв спек, у 41 - буллёзные изменения легочной ткани (верхняя доля и язычковые сегменты), у 15 пациентов причина пневмоторакса не выяснена. 5 пациентов переведены из других ЛПУ, 4 из них повторно оперированы. Средний койко-день составил 9,2 дня.

По характеру травмы груди пострадавшие распределились следующим образом: 3 пациента с огнестрельными ранениями, 13 – с колото-резаными ранениями, 35 – с закрытой травмой груди. Из всех поступивших у 14 пострадавших диагностирован пневмоторакс, у 19 – гемоторакс, у 18 – гемопневмоторакс, 14 пострадавших были с сочетанной травмой (у 5 – черепно-

мозговая травма, у – 9 повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства). Во всех случаях торакоскопия позволила визуализировать характер повреждений, по показаниям выполнить аэро- и гемостаз, санацию плевральной полости, установку дренажей. Повторных вмешательств и осложнений после торакоскопий по поводу травм не было. Средний койко-день составил 14 суток.

**Результаты и обсуждение.** За указанный период выполнено 60 торакоскопических операций, из них 36 при СП и 24 при ОТГ. При СП в 10 случаях выполнялась диагностическая торакоскопия, в 10 случаях - диагностическая торакоскопия с плевродезом (опудривание тальком или электрокоагуляция париетальной плевры), в 2 случаях выполнялось прижигание булл, в 14 случаях - торакоскопическая атипичная резекция верхушечных сегментов аппаратом «ENDO GIA UNI-VERSAL ROTICULATOR» фирмы «AUTOSUTURE» (кассетами 40 и 60 мм). При ОТГ выполнено 7 диагностических, 13 санационных (в т.ч. свернувшегося гемоторакса) торакоскопий, электрокоагуляция раны лёгкого и грудной стенки в одном и двух случаях. В одном случае произведено опорожнение внутрилегочной гематомы с санацией свернувшегося гемоторакса у переводного пострадавшего.

Переход на торакотомию с атипичной резекцией верхушечного сегмента выполнен у 1 пациента с некупирующимся рецидивным спонтанным пневмотораксом в связи с наличием большого количества булл и выраженным спаечным процессом в плевральной полости после перенесенных ранее 6 пневмотораксов.

Все операции заканчивались дренированием плевральной полости. Дренажи удалялись на 2-4 сутки. 5 пациентов с СП были оперированы повторно после торакоскопии на 2-10-е сутки в связи с неполноценным аэростазом в 3 случаях (образование бронхоплевральных свищей после коагуляции булл при видеоторакоскопии и разрыв нераспознанных вовремя торакоскопии булл), кровотечения из спаек и по линии резекции легкого в 2 случаях. Данные осложнения потребовали выполнения переднебоковой торакотомии, резекции сегментов,

несущих свищи и буллы, прошивания краев линий резекции и коагуляции спаек.

Все пациенты активизировались на 1 сутки после торакоскопических операций, обезболивание наркотическими препаратами не требовалось.

**Выводы.** Таким образом, торакоскопические вмешательства можно рассматривать как альтернативу традиционной торакотомии. Минимизируя интраоперационную травму, можно уточнить диагноз, определить тактику ведения, устранить морфологическую причину заболеваний (СП), визуализировать объем повреждения и устранить его осложнения (ОТГ), что ведет в конечном итоге к профилактике рецидивов, уменьшению послеоперационных осложнений, быстрейшему восстановлению трудоспособности.

## **АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕСТРУКЦИЯХ ЛЕГКОГО**

Сачек М. Г., Петухов В. И., Ермашкевич С. Н., Кунцевич М. В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

**Введение.** В последние годы большое значение придается изучению андрогенного статуса пациентов при различных тяжелых заболеваниях и травмах. Низкие уровни андрогенов ассоциируются с более тяжелым течением заболевания и наступлением неблагоприятных исходов лечения. В то же время коррекция андрогенного дефицита потенциально способна приводить к снижению затрат на лечение и летальности. Однако до настоящего момента не определены четкие рекомендации по диагностике и лечению андрогенного дефицита у пациентов хирургического профиля.

Острые инфекционные деструкции легких (ОИДЛ) являются тяжелым заболеванием, сопровождающимся выраженными нарушениями обменно-метаболических процессов в организме пациентов. Несмотря на наличие в литературе указаний на необходимость включения препаратов андрогенов в программу