

патологических изменений со стороны оставшейся части легочной ткани не замечено.

Контрольные рентгенографические исследования указывали на обычное течение послеоперационного периода, зон инфарктов легочной ткани не выявлено. Гистологическое исследование препаратов, удаленных во время операции, роста опухолевых клеток в зонах отсеченных сосудов не обнаружило. В послеоперационном периоде из препаратов, предназначенных для профилактики тромботических осложнений, назначали только ацетилсалициловую кислоту в дозе 75 мг. Результаты дыхательных тестов, указывающие на рестриктивные нарушения, были сопоставимы с результатами дыхательных тестов после стандартной верхней лобэктомии. Летальных случаев не было.

Выводы. Наш опыт применения сосудистых аллографтов с целью замещения части легочной артерии показывает необходимость использования указанной методики для повышения резектабельности, улучшения течения послеоперационного периода и повышения качества жизни в последующем. Аллотрансплантация легочной артерии является альтернативой пневмонэктомии и аутооттрансплантации легкого.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТРАХЕИ

Карпицкий А. С., Панько С. В., Боуфалик Р. И.,
Шестюк А. М., Журбенко Г. А., Вакулич Д. С.,
Игнатюк А. Н., Петровицкая Н. А.

УЗ «Брестская областная больница», г. Брест, Республика Беларусь
УЗ «Брестская областная больница»

Введение. Ятрогенные повреждения трахеи во время анестезиологического пособия – одно из самых драматических осложнений среди инвазивных медицинских вмешательств, которые приводят к отсутствию возможности обеспечения полноценной респираторной поддержки у пациентов. Несмотря на стойкое увеличение количества хирургических процедур, проводимых под интубационным наркозом, единой

хирургической тактики при возникновении данного осложнения не принято.

Цель работы: анализ способов лечения постинтубационных повреждений трахеи.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 6 пациентов, поступивших из районных стационаров в Брестскую областную больницу, с постинтубационными повреждениями трахеи в период с 2016 по 2018 г. Средний возраст пациентов составил 47,3 года (30-65 лет). В анализируемой выборке преобладали женщины – 5 (83%) человек. Во всех случаях при анестезии использовалась оротрахеальная интубация однопросветной трубкой. Контроль давления в окклюзионной манжетке интубационной трубки при помощи манометра не проводился.

Результаты и обсуждение. Среди исследуемых пациентов у 4 хирургические вмешательства выполнялись в плановом порядке: в 2 случаях планировались холецистэктомия, удаление кисты яичника и тонзилэктомия - по одному случаю. У 2 пострадавших показания к операции носили экстренный характер - аппендэктомия и остеосинтез. Первыми симптомами травмы трахеи было появление подкожной эмфиземы на шее. Из 6 случаев у 5 пациентов подкожная эмфизема выявлена во время хирургического вмешательства, в одном – через 2 часа после окончания наркоза. Всем пациентам было выполнено срочное рентгенологическое исследование грудной клетки и фибробронхоскопия. По данным рентгенографии грудной клетки во всех случаях выявлена локальная подкожная эмфизема в области шеи и груди, пневмомедиастинум, однако наличия пневмоторакса не установлено.

При выполнении фибробронхоскопии во всех 6 (100%) случаях выявлен продольный разрыв трахеи в области мембранозной ее части. Длина дефектов стенки трахеи варьировала от 15 до 55 мм (в среднем 23,6 мм), причем протяженность дефекта до 30 мм была в 3 случаях (50%), в остальных наблюдениях – более 30 мм (50%). Необходимо отметить, что дефекты мембранозной части трахеи более 30 мм наблюдались в случае попыток коррекции положения

интубационной трубки и перераздувания её манжетки с целью уменьшить степень подкожной эмфиземы после появления клинических проявлений повреждения верхних дыхательных путей. Локализация разрывов трахеи в среднем грудном отделе наблюдалась в 4 из 6 случаев (66%), разрыв трахеи в нижнем грудном отделе с распространением на правый главный бронх – у одного пациента (17%). В одном случае (17%) дефект располагался в проекции верхней трети трахеальной трубки.

В тактике лечения пациентов с травмами трахеи использованы следующие критерии, выявленные при фибробронхоскопии – протяженность и локализация дефекта в просвете трахеи. В 3 случаях, когда дефекты мембранозной части имели длину до 30 мм и располагались в среднем грудном отделе трахеи, выбран консервативный подход к лечению. Лечение пострадавших проводилось в условиях реанимационного отделения. В 2 случаях выполнена повторная оротрахеальная интубация трахеи под контролем фибробронхоскопии в течение 4-5 дней с расположением манжетки дистальнее зоны повреждения. Пациентам назначалась антибиотикотерапия, проводился мониторинг воспалительного фона. Выздоровление достигнуто во всех случаях.

У 2 пациентов с распространенным разрывом мембранозной части в нижней трети трахеи и продолжением травматического дефекта на правый главный бронх выполнено хирургическое вмешательство. Оперативное лечение проведено в первые 6 часов после повреждения. Восстановление герметичности трахеи выполнялось во время видеоторакоскопии через правую плевральную полость. После рассечения медиастинальной плеврой выделялся участок трахеи и бронха с зоной повреждения и проводилось ушивание дефекта узловыми эндокорпоральными швами нитью Vicril 4/0 с захватом стенки пищевода. Послеоперационный период протекал без признаков сброса воздуха по страховочным дренажам плевральной полости.

В одном случае при разрыве трахеи в верхней ее трети и длиной дефекта более 30 мм пациенту выполнена продольная стернотомия с ушиванием выявленного повреждения. Несмотря на благоприятное течение раневого процесса со стороны трахеи,

послеоперационный период осложнился клиникой остеомиелита грудины, что потребовало последующих реконструктивных вмешательств.

Выводы. Опыт применения лечения постинтубационных травм трахеи указывает на преимущества «выжидательной» тактики и видеоторакоскопических вмешательств в зависимости от клинической картины и данных, полученных при фибробронхоскопии, которые свидетельствуют о степени повреждения стенки трахеи.

АНАТОМИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УСПЕШНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ФУНДОПЛИКАЦИЙ

Карпицкий А. С., Журбенко Г. А., Боуфалик Р. И., Панько С. В.,
Вакулич Д. С., Игнатюк А. Н., Шестюк А. М., Петровицкая Н. А.

УЗ «Брестская областная больница», г. Брест, Республика Беларусь

Введение. Термин «скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы» (ГПОД) предполагает наличие анатомических изменений зоны пищеводно-желудочного перехода в виде расширения диафрагмальных ножек, функционального укорочения пищевода, смещения нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и части желудка в средостение, сглаженности угла Гиса и деформации дна желудка [Owers C., 2013]. Кроме того, скользящая ГПОД как фактор увеличения просвета на уровне нижнего пищеводного сфинктера (НПС) непосредственно влияет и на время патологического гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) [Rossetti G., 2014]. Хирургия – это единственный способ восстановления нормального анатомического положения желудка и пищеводно-желудочного перехода в брюшной полости и компенсирования связанных с этим механических аспектов патогенеза ГЭР и функциональных аномалий [Rossetti M., 1997]. Основные аспекты операции сводятся к низведению желудка, абдоминализации не менее 3 см терминального отдела пищевода, ушиванию ножек пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) до 1,5-2 см в диаметре