

## ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЛАКСАЦИИ ДИАФРАГМЫ

Скачко В. А.<sup>2</sup>, Татур А. А.<sup>1</sup>, Протасевич А. И.<sup>2</sup>,  
Пландовский А. В.<sup>1</sup>, Кардис В. И.<sup>2</sup>, Новиков С. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «10-я городская клиническая больница»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Релаксация диафрагмы – это стойкое истончение всей мышечной ткани диафрагмы или в каком-либо ее участке со смещением купола в плевральную полость вместе с прилежащими к нему органами брюшной полости с развитием компрессии легкого и органов средостения. Клинико-рентгенологически различают врожденную и приобретенную, одно- и двухстороннюю, полную и частичную релаксацию диафрагмы. Приобретенная: повреждения диафрагмального нерва от мотонейронов С<sub>3-5</sub> до его ветвления в диафрагме с последующими иннервационно-трофическими и дегенеративными изменениями ее мышечной части. Левосторонняя релаксация встречается в 90%, правосторонняя, соответственно, в 10% случаев. Клинически релаксация диафрагмы проявляется кардиореспираторной, а также желудочно-кишечной симптоматикой. Компрессионный ателектаз легкого и дислокация средостения могут приводить не только к снижению качества жизни, но и потере трудоспособности. Внедрение в практику малоинвазивных видеоторакоскопических технологий позволяет шире ставить показания к оперативному лечению релаксации диафрагмы.

**Цель работы:** анализ результатов клинико-инструментальной диагностики, малоинвазивного хирургического лечения и особенностей течения послеоперационного периода у пациентов с релаксацией диафрагмы.

**Материал и методы.** С 2014 по 2018 г. видеоторакоскопическая френопликация выполнена у 4

пациентов с релаксацией диафрагмы, которые находились на лечении в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе торакального отделения УЗ «10-я ГКБ» г. Минска. Всем пациентам до оперативного вмешательства выполнялась рентгенография и рентгеноскопия ОГК, КТ ОГК, УЗИ ОБП и изучалась ФВД.

**Результаты и обсуждение.** Возраст пациентов (1 женщина и 3 мужчин) составил от 51 до 61 года (средний возраст - 55 лет). Анамнез заболевания до оперативного лечения составил: min – 1 год; max - 10 лет. В среднем 5 лет. Ни у кого из пациентов нам не удалось достоверно определить этиологический фактор релаксации диафрагмы. В 100% случаев релаксация диафрагмы была полной и левосторонней. Основным клиническим проявлением релаксации была одышка, особенно выраженная при физической нагрузке и после приема пищи. Все пациенты оперированы из видеоторакоскопического доступа в положении на правом боку. Конверсий на торакотомию не было. У 2 первых пациентов использовали хирургическую технику с установкой четырех торакопортов без использования карбокситоракса, у 2 последующих пациентов - с установкой четырех торакопортов с карбокситораксом. Без использования карбокситоракса формировали 2 складки диафрагмы путем погружения органов брюшной полости сложенным ретрактором с последующим сшиванием складок диафрагмы П-образными швами. С использованием карбокситоракса складки диафрагмы формировали без явного натяжения и давления на органы брюшной полости. Завершали операцию дренированием плевральной полости – в 3 случаях двумя дренажами, в одном случае одним дренажом через нижний торакопорт. В послеоперационном периоде пациенты получали антибактериальную терапию 3-4 дня. Дренажи из плевральной полости удалялись на 3-4 сутки после операции с обязательным рентгенологическим контролем.

Средняя продолжительность нахождения в стационаре составила 19 суток. Интраоперационные осложнения в виде десерозации участка селезенки при формировании складки диафрагмы без использования карбокситоракса с развитием

внутрибрюшного кровотечения потребовали лапароскопии, лапаротомии и спленэктомии у одного пациента. Операции с использованием карбокситоракса прошли без осложнений. Послеоперационные осложнения в виде левостороннего реактивного плеврита, как и при ранее применявшихся нами трансторакотомных вмешательствах, были у всех пациентов и разрешались пункционно.

#### **Выводы:**

1. Видеоторакоскопическая пликационная пластика диафрагмы является высокоэффективным малоинвазивным вмешательством при её релаксации.

2. Видеоторакоскопическую френопликацию оптимально проводить в условиях карбокситоракса, который позволяет исключить риск повреждения внутрибрюшных органов при наложении гофрирующих швов на истонченный купол диафрагмы.

## **ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

Скачко В. А.<sup>2</sup>, Татур А. А.<sup>1</sup>, Протасевич А. И.<sup>2</sup>,  
Пландовский А. В.<sup>1</sup>, Кардис В. И.<sup>2</sup>, Новиков С. В.<sup>2</sup>

1 УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

2 УЗ «10-я городская клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Большинство грыж пищеводного отверстия диафрагмы являются скользящими грыжами (1 тип). Параэзофагеальные грыжи (ПЭГ) (2-4 тип) в структуре хиатальных грыж составляют 5-10%, однако именно они могут осложняться ущемлениями (2-4 типы) и рефлюкс-эзофагитом (3-4 типы). В настоящее время доступом выбора, применяемым для хирургического лечения ПЭГ, является видеолапароскопический. Однако частота рецидива при данной мини-инвазивной методике варьирует от 10 до 42%, что говорит о необходимости поиска путей улучшения этой грустной статистики. Отдельной