

Литература:

1. Абдоминальный компартмент синдром: современные аспекты диагностики и лечения / В.Е. Корик, Д.А. Ключко, Г.В. Бут-Гусаим и др. // Журнал «Военная медицина». – Минск, БГМУ. – 2016. – № 3. – С. 127-133.
2. Синдром интраабдоминальной гипертензии: Методические рекомендации / Б. Р. Гельфанд, Д. Н. Проценко, П. В. Подачин [и др.]; под ред. В. С. Савельева. – Новосибирск: Сибирский успех, 2008; Партнеры Сибири, 2008. – 32 с. с ил.
3. Both primary and secondary abdominal compartment syndrome can be predicted early and are harbingers of multiple organ failure / Z. Balogh, B. A. McKinley, J. B. Holcomb et al. // J Trauma – 2003. – № 54. – P. 848-859.
4. Abdominal perfusion pressure: a superior parameter in the assessment of intra-abdominal hypertension / M. L. Cheatham, M. W. White, S. G. Sagraves et al. // J Trauma. – 2000. – № 49. – P. 621-626.
5. D. Deeren, M. Malbrain. Prevalence and incidence of Intraabdominal hypertension / D. Deeren // In: Ivatury R, Cheatham M, Malbrain M, Sugrue M, (eds) Abdominal Compartment Syndrome. Landes Bioscience, – Georgetown – 2006. – P. 82-88.
6. Incidence and prognosis of intraabdominal hypertension in a mixed population of critically ill patients: a multiple-center epidemiological study / M. L. Malbrain, D. Chiumello, P. Pelosi et al. // Crit Care Med. – 2005. – № 33 – P. 315-322.
7. M. Malbrain, F. Jones. Intra-abdominal pressure measurement techniques / M. Malbrain // In: Ivatury R, Cheatham M, Malbrain M, Sugrue M (eds) Abdominal Compartment Syndrome. Landes Bioscience, Georgetown – Georgetown. – 2006. – P. 19-68.
8. Rosemary Koehl Lee. Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome: A Comprehensive Overview / Rosemary Koehl Lee // Crit Care Nurse. – February, 2012. – № 32. – P. 19-31.
9. World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. Mission statement. World Society of the Abdominal Compartment Syndrome Web site. <http://www.wsacs.org>. Accessed October 27, 2012.

БЕССТЕПЛЕРНЫЕ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЁГКИХ

Вакулич Д. С., Карпицкий А. С., Панько С.В., Журбенко Г. А.,
Шестюк А. М., Игнатюк А. Н.

*УЗ «Брестская областная больница»
Брест, Беларусь*

Актуальность. На сегодняшний день VATS-лобэктомия получает повсеместно всё большее распространение в торакальной хирургии. Однако использование по ходу операции эндоскопических артикуляционных линейных сшивающих аппаратов значительно увеличивает стоимость вмешательства.

Цель: предварительная оценка результатов выполнения VATS-лобэктомий без применения эндоскопических сшивающих аппаратов.

Материалы и методы. Изучен опыт выполнения VATS-лобэктомий без применения эндоскопических сшивающих аппаратов 18-ти пациентам. Прооперированы 11 женщин и 7 мужчин. Средний возраст – 43 ± 6 лет. Срок выполнения операций: январь 2013 г. – ноябрь 2015 г. Вмешательство производили с оротрахеальной вентиляцией одного лёгкого, в 5 случаях – в сочетании с высокочастотной вентиляцией оперируемого легкого. Три торакопорта располагали в стандартной для VATS позиции. Справа произведена: верхняя лобэктомия – в 2 случаях, средняя – в 3, нижняя – в 5; слева: верхняя лобэктомия – в двух случаях, нижняя лобэктомия – 6 вмешательств. 15 операций выполнено по поводу бронхоэктатической болезни лёгких. В 3 случаях в связи с наличием опухоли лобэктомия была дополнена лимфодиссекцией.

Результаты. Поводом для разработки и применения VATS-лобэктомии без использования эндоскопических линейных аппаратов стала экономическая целесообразность. Стоимость VATS-лобэктомии с использованием артикуляционных сшивающих аппаратов составляет примерно 1500-2500 долларов США, что не всегда позволяет широко использовать этот метод в существующей практической медицине. Отказаться от сшивающих аппаратов стало возможным благодаря овладению техникой дистанционного формирования и завязывания узла при помощи палочки-доводчика узла, что дало возможность лигировать все сосудистые структуры корня лёгкого и междолевой борозды. Разделение легочной ткани производили аппаратом Liga Sure-Atlas с укреплением коагуляционного шва узловым. Бронх во всех случаях прошивали аппаратом УО-40. В 4 случаях культя бронха дополнительно была укреплена узловым швом с дистанционным формированием и доведением узла. Операцию заканчивали дренированием с обязательным активным ведением плевральных дренажей в первые сутки послеоперационного периода. Всем пациентам выполняли также проводниковую анестезию паравертебрально в 5-м межреберье раствором бупивакаина.

Послеоперационный период отличался низкой интенсивностью болевых ощущений, что потребовало введения наркотических анальгетиков только в 2-х случаях. При ощутимом для пациента болевом синдроме дополнительно выполняли проводниковую анестезию в 5-м межреберье раствором бупивакаина до 2-х раз в сутки в течение 1-3 дней. В послеоперационном периоде нестабильный пневмостаз наблюдали у 6 из 18 пациентов, что потребовало продления активной аспирации до 3-6 суток. У остальных 12 пациентов дренажи из плевральной полости были удалены на 2-е сутки. Рентген-контроль грудной клетки во всех случаях производили в 1-е и на 5-е сутки после операции, а также при наличии показаний. Рентгенологические признаки послеоперационной пневмонии наблюдались у 3 пациентов. Осумкованный передний гидроторакс выявлен в 1 случае, что потребовало пункции плевральной полости.

Инфекционных осложнений со стороны послеоперационных ран не было. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 5-7 дней. Длительность вмешательств – 145 ± 35 минут. Кровопотеря не превышала 330 ± 125 мл. Летальных случаев в раннем и отдалённом послеоперационном периодах не было.

Заключение. Использование методики выполнения VATS-лобэктомий без применения артикуляционных сшивающих аппаратов значительно удешевляет операцию, что позволяет более широко внедрять малоинвазивные вмешательства в практику. Усовершенствование и отработка техники выполнения данной методики вмешательства позволит расширить показания к выполнению VATS-лобэктомий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И РАЗНЫМИ ТИПАМИ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

¹Варикаш Д. В., ²Богдан В. Г., ¹Дорох Н. Н.

¹*УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»*

²*Военно-медицинский факультет*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

Введение. По данным информационного бюллетеня ВОЗ 2015 г., более 1,9 млрд людей в возрасте старше 18 лет имеют избыточную массу тела, из них 600 млн чел. страдают ожирением. В большинстве случаев морбидное ожирение носит экзогенно-конституциональный характер и является первичным, связанным с несоответствием между поступлением и расходом энергии вследствие имеющихся у пациента различных нарушений пищевого поведения. К девиантной форме пищевого поведения относят три основных типа нарушения пищевого поведения (ТНПП): экстернальное, эмоциогенное и ограничительное.

Эффективность консервативной терапии при морбидном ожирении составляет от 2 до 5%. В настоящее время хирургическое лечение морбидного ожирения признается большинством исследователей как наиболее эффективный метод борьбы с избыточной массой тела. Среди множества существующих разных вариантов бариатрических операций до настоящего времени гастрощунтирование (ГШ) занимает ведущие позиции. Вопрос о выборе оптимального метода оперативного вмешательства остается предметом дискуссии среди специалистов. В настоящее время не удастся найти универсального способа хирургического лечения морбидного ожирения, отсутствует единый подход в определении строгих показаний к той или иной операции, в том числе с учетом ТНПП.