

ЛИТЕРАТУРА

1. Культурная дипломатия как орудие «мягкой силы»: интервью с послом Шри-Ланки. 2017-07-06. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.acc.go.kr/ru_info/board/board.do?PID=0403&boardID=ACCSTORY&action=Read&idx=389&searchType=all&searchText=&pageIndex=1-. – Дата доступа: 02.03.2022.
2. Праздничные дни Ш-Л [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.srilanka-express.com/russian/whatson.html>. – Дата доступа: 02.03.2022.
3. Традиции. Культура Шри-Ланки [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://joinup.ua/uk/a_spravochnik_post/traditsii-sri-lanka/. – Дата доступа: 02.03.2022.

ВЕРХНЯЯ ЛОБЭКТОМИЯ СПРАВА У ПАЦИЕНТА С ПРАВОСТОРОННЕЙ ДУГОЙ АОРТЫ

Бекиш А. К., Случич О. И., Шидловский Д. В., Кропа Ю. С.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Могилевец Э. В.

Актуальность. Правая дуга аорты (ПДА) – редкий врожденный порок развития, при котором дуга аорты располагается с правой стороны грудной клетки и проходит справа от трахеи. Частота встречаемости варьирует от 0,04 до 0,14% и зависит от методов обнаружения: при радиологических способах на ее долю приходится 0,05-0,1%, по данным аутопсий – 0,04-0,1% [1].

Цель. Анализ результатов выполнения верхней лобэктомии справа у пациента с ПДА. Изучение современных литературных публикаций по данной тематике.

Методы исследования. Пациент Г., 61 год, госпитализирован в торакальное отделение с подозрением на рак верхней доли правого легкого. При поступлении жалоб не предъявлял. Данные объективного осмотра в пределах физиологической нормы, увеличения лимфоузлов не обнаружено.

Из анамнеза известно, что подозрение на данную патологию возникло при амбулаторном рентгенологическом обследовании ОГК. Была выполнена РКТ, в результате которой выявлены ПДА и объемное образование верхней доли правого легкого, что послужило показанием к оперативному вмешательству. При трахеобронхоскопии установлено наличие диффузного эндобронхита, эндобронхиальных образований не найдено; в образцах биопсии слизистой верхнего долевого бронха атипичные клетки не выявлены. При поорганном обследовании отдаленных метастазов не обнаружено. Лабораторные анализы без существенных отклонений от физиологической нормы.

Результаты и их обсуждение. Операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией бронхов в положении пациента на левом боку. После обработки операционного поля произведена

переднебоковая торакотомия в 5-м межреберье. Дуга аорты и нисходящая часть аорты располагаются справа. При ревизии установлено: размеры узлового образования, локализованного в верхушечном сегменте верхней доли правого легкого, составили 3,5 см в диаметре, регионарные лимфоузлы не увеличены. С учетом правосторонней локализации дуги аорты и нисходящей части аорты с определенными техническими трудностями отдельно выделены перевязаны, прошиты, пересечены сегментарные сосуды верхней доли правого легкого. Верхнедолевой бронх прошит сшивающим аппаратом, пересечен, культя дополнительно прошита непрерывным швом атравматичной нитью. Удалена медиастинальная клетчатка с лимфоузлами. Плевральная полость дренирована. Время операции составило 126 минут. Результат интраоперационного гистологического исследования узлового образования: периферический плоскоклеточный рак верхней доли правого легкого T1cN0M0. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на одиннадцатые сутки от момента операции.

За последние 20 лет было зарегистрировано всего восемь случаев лобэктомии по поводу рака правого легкого у пациентов с ПДА [2]. Основной трудностью, возникающей при данных оперативных вмешательствах у таких пациентов, является диссекция лимфатических узлов верхнего средостения из-за нависания дуги аорты над трахеей [2]. Мобилизация аорты обеспечивает хороший доступ к лимфоузлам средостения, однако одновременно с этим увеличивается риск повреждения сосудов [3]. Особого внимания при диссекции заслуживают субкаринальные лимфоузлы, вовлечение в патологический процесс которых сокращает пятилетнюю выживаемость пациентов с 29% до 9,1%. Неблагоприятный прогноз, вероятно, связан с высоким процентом распространения метастазов в контралатеральные медиастинальные узлы [4].

Во избежание послеоперационной охриплости, необходимо обратить внимание на ход правого возвратного гортанного нерва. В большинстве случаев правый возвратный гортанный нерв ответвляется от блуждающего нерва, проходит под ПДА, обхватывая ее, затем ложится в борозду между трахеей и пищеводом, продолжая свой путь в краниальном направлении [2].

Выводы. Истинная частота ПДА неизвестна, поскольку в большинстве случаев не имеет клинических симптомов и не влияет на качество жизни, в связи с этим хирург должен принимать во внимание возможное наличие таковой анатомической аномалии и знать особенности оперативного приема у данных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kommerell's diverticulum and right-sided aortic arch: a cohort study and review of the literature / C. Cinà [et al.] // J Vasc Surg. – 2004. – Vol. 39, iss. 1. – P. 131-139. – <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2003.07.021>.
2. Video-assisted thoracoscopic right upper lobectomy in a patient with a right-sided aortic arch and Kommerell diverticulum / C. Huang [et al.] // World journal of surgical oncology. – 2018. – Vol. 16, iss. 1. – P. 178-182. – <https://doi.org/10.1186/s12957-018-1477-4>.
3. Right lung cancer with right aortic arch / S. Suzuki [et al.] // Jpn J Thorac Cardiovasc Surg. – 2003. – Vol. 51, iss. 9. – P. 469-471. – <https://doi.org/10.1007/BF02719607>.

4. Lymph node mapping and curability at various levels of metastasis in resected lung cancer / T. Naruke, K. Suemasu, S. Ishikawa // J Thorac Cardiovasc Surg. – 1978. – Vol. 76, iss. 6. – P. 832-839.

ОТДЕЛЬНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Бенько Е. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. Королёва Е. Г.

Актуальность. Актуальность темы заключается в том, что паническое расстройство – крайне распространённое, склонное к хронизации заболевание, манифестирующее в молодом, социально активном возрасте, при котором болезненные проявления возникают только в связи с какими-то конкретными обстоятельствами, при этом не изменяется самосознание личности, а также отличительным признаком является осознание болезни или болезненных проявлений.

Основным проявлением панического расстройства (ПР) являются повторяющиеся пароксизмы тревоги (панические атаки). Паническая атака (ПА) представляет собой необъяснимый, мучительный для пациента приступ страха или тревоги в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами.

Цель. Установить значение и удельный вес различных факторов в формировании панического расстройства на основе как литературных источников, так и собственного наблюдения.

Методы исследования. Материалами явился анализ литературных источников и обследование 5 пациентов отделения неврозов. Методы исследования: клиническое наблюдение, разработанная анкета из 24 вопросов.

Результаты и их обсуждение. В результате проведённого анализа литературных источников и обследования пациентов стационара мы выяснили следующее: относительно первопричины панических расстройств существует три гипотезы.

1. Биохимическая гипотеза. В первую очередь, это повышение содержания в крови адреналина, серотонина и других нейромедиаторов за счет выброса этих веществ надпочечниками и некоторыми структурами головного мозга, например, т.н. «синим пятном». Именно высокий уровень нейромедиаторов является непосредственной причиной, которая вызывает тревогу, страх, сердцебиение, чувство нехватки воздуха и другие неприятные телесные ощущения.