Выводы.

1. Наиболее частой причиной диссеминированных процессов в лёгких и лимфаденопатии средостения является саркоидоз. В случае очаговых поражений дифференциальную диагностику следует проводить между неоплазией, туберкулезом и поствоспалительными изменениями.

2. Патологические изменения в лимфоузлах характеризуются более развитием специфического процесса по сравнению с таковыми в паренхиме легких. Это обуславливает «приоритет» получения биоптата лимфоидной ткани.

3. При планировании диагностической видеоторакоскопии пациентам с неуточненными поражениями легких и средостения хирургу следует учитывать характер и локализацию изменений, общее состояние пациента, а также техническую оснащенность операционной.

Список литературы

1. Интерстициальные и орфанные заболевания легких / под ред. М. М. Ильковича. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 560 с.

2. Интерстициальная бронхология : от диагностики к лечению / под ред. И. Вортубы, Ю. Шимовича ; пер. с чешск. под ред. И. В. Сивокозова. – Москва : Литтерра, 2019. – 304 с.

3. European Respiratory Society guidelines on transbronchial lung cryobiopsy in the diagnosis of interstitial lung diseases / D. A. Korevaar, S. Colella, M. Fally [et al.] Eur. Respir. J. – 2022. – Vol. 60, № 5. – P. 2200425.

4. Transbronchial cryobiopsy for the diagnosis of interstitial lung diseases: CHEST Guideline and Expert PanelReport / F. Maldonado, S. K. Danoff, A. U. Wells [et al.] // Chest. – 2020. – Vol. 157. – P. 1030-1042.

5. Сравнительный анализ результатов трансбронхиальной игловой аспирационной биопсии лимфоузлов средостения при гибкой и ригидной трахеобронхоскопии при верификации медиастинальных лимфаденопатий / Н. А. Самородов, И. А. Мизиев, Ж. Х. Сабанчиева, Л. В. Эльгарова // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2023. – Т. 101, № 3. – С. 15-20.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Михайлов А.Ю., Зарипов А.И., Корнилова В.Е.

Ижевская государственная медицинская академия
Российская Федерация, г. Ижевск

Актуальность. Хирургия – одна из самых активно развивающихся отраслей медицины. В последнее время особенно актуальна тенденция к уменьшению травматизации органов и тканей, в связи с чем всё больше становится распространена малоинвазивная хирургия [2, с.1]. Лапароскопические

Репозиторий ГрГМУ

операции обеспечивают меньшую вероятность развития послеоперационных осложнений [6, с.1]. В настоящее время желчнокаменная болезнь (ЖКБ) встречается у 10-12% населения, оперативные вмешательства при данной патологии по частоте проведения уступают лишь грыжесечениям и аппендэктомиям, а лапароскопическую холецистэктомию по праву называют «золотым стандартом» лечения ЖКБ [2, с.1]. Вопрос о преимуществах и возможностях проведения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) перед классической операцией сохраняет и приобретает еще большую актуальность с течением времени.

Цель исследования: оценить преимущества ЛХЭ как малоинвазивного хирургического вмешательства перед классической холецистэктомией.

Методы исследования: ретроспективный анализ историй болезни 60 пациентов хирургического отделения БУЗ УР «Первая РКБ МЗ УР» за 2024 год.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам, госпитализированным в хирургическое отделение в плановом порядке (абс. – 51, отн. – 85%), была проведена ЛХЭ. Оставшаяся часть пациентов поступила в экстренном порядке (абс. – 9, отн. – 15%): из них двум (3,3%) выполнена ЛХЭ, семи (11,7%) – открытая (классическая, лапаротомная) холецистэктомия, а в 12% случаев дополнительно – эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), целью которой является удаление конкрементов из просвета желчных протоков путем рассечения большого дуоденального сосочка и конечного отдела ОЖП.

Лапаротомная холецистэктомия, выполненная в 14% (1 пациент) случаев, связана с неясной этиологией болезни и последующей более тщательной ревизией органов, относящихся к гепатобилиарной системе. В 86% (6 пациентов) выбор открытой ХЭ объясняется наличием противопоказаний к проведению лапароскопического оперативного вмешательства, среди которых: наличие камней в ОЖП (83%), грыжи передней брюшной стенки (83%), поздний срок беременности (17%), фаза обострения хронического панкреатита (33%), перитонит, возникший на фоне основного заболевания (17%). Таким образом, не во всех случаях представляется возможным выполнить лапароскопическую холецистэктомию, а классическая лапаротомная операция характеризуется меньшим количеством противопоказаний, что обуславливает её более широкие возможности применения.

Проведение лапароскопической операции пациентам, поступившим экстренно, затруднено не только из-за наличия тяжелой сопутствующей патологии (противопоказаний), но и в связи с поздним обращением (более 72-96 часов после приступа болевого синдрома).

Пациентам, поступившим экстренно, оперативные вмешательства были проведены на следующий/через день, в то время как пациентам, госпитализированным планово, ЛХЭ выполнялась на 3,5 (±1,5) день.

Выполнение лапароскопической холецистэктомии обуславливает более короткие сроки лечения. Так, среднее количество дней пребывания пациентов в стационаре после выполнения ЛХЭ составило 5 (±2) дней, данный показатель у больных ЖКБ после проведения классической холецистэктомии – 9 (±3) дней.

Репозиторий ГрГМУ

Малоинвазивные оперативные вмешательства позволяют пациентам быстрее восстановиться после хирургического вмешательства, а медицинским организациям увеличить эффективность работы стационара.

Безусловно, одним из важнейших преимуществ лапароскопической холецистэктомии является меньшая вероятность развития послеоперационных осложнений (ПО), в т.ч. травм общего желчного протока и послеоперационного перитонита . Это связано с минимальной травматизацией органов и тканей при выполнении ЛХЭ, осуществляемой через доступ в 3-4 прокола размерами 5-10 миллиметров. Из всех прооперированных пациентов только у одного (1,7%) выявлены послеоперационные осложнения, а именно – кровотечение из зоны разреза, развившееся после проведения классической холецистэктомии.

Немаловажно отметить, что пациенты, перенесшие лапароскопическую холецистэктомию, в большинстве случаев отмечали слабые и умеренные боли в области хирургических ран. У пациентов, которым была проведена классическая операция, в послеоперационных осмотрах отмечается более выраженный дискомфорт.

Таблица 1. – Сравнительная характеристика классической и лапароскопической холецистэктомий на основании ретроспективного анализа историй болезни.

Критерий сравнения	Классическая (лапаротомная) холецистэктомия	Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ)
Возможность выполнения (% случаев)	100%	88,3%
Факторы, ограничивающие проведение	-	Противопоказания к ЛХЭ: камни в ОЖП (83%), грыжи (83%), поздний срок беременности (17%), фаза обострения ХП (33%), перитонит (17%)
Эффективность	100%	100%
Летальность	0%	0%
Осложненность	1,7%	0%
Пребывание в стационаре	9 (±3) дней	5 (±2) дней
Данные после-операционного осмотра	Жалобы на выраженный дискомфорт/боль	Жалобы на умеренный дискомфорт

Выводы. Основная часть операций, проводимых при ЖКБ, – лапароскопические (ЛХЭ), их преимущество заключается в меньшей травматизации тканей и более быстрых сроках восстановления. Однако, несмотря на высокую эффективность данного вида вмешательства, имеется ряд противопоказаний, ограничивающих его проведение. В этих случаях проводится классическая (лапаротомная) холецистэктомия, которая по эффективности практически не уступает малоинвазивной, но при этом увеличивает вероятность развития послеоперационных осложнений, время пребывания в стационаре и затраты на лечение. После ЛХЭ больные ЖКБ отмечают меньший дискомфорт, что, безусловно, благоприятно сказывается на

Репозиторий ГрГМУ

психическом и физическом здоровье пациентов. Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия - малоинвазивный хирургический метод лечения ЖКБ, имеющий свои преимущества как для пациентов, так и для врачей и медицинских организаций. Один из векторов развития данного метода должен быть направлен на расширение возможностей проведения лапароскопической холецистэктомии и решение проблемы ее проведения при ряде противопоказаний.

Список литературы

1.Апсатаров, Э. А. Лапароскопические операции в экстренной хирургии / Э. А. Апсатаров, А. С. Ибадильдин, А. Б. Исабеков // Вестник хирургии Казахстана. – 2011. – № 4 (28). – С. 44–45.

2.Балагуров, Б. А. Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз (обзор зарубежной литературы) / Б. А. Балагуров, Е. Ж. Покровский, А. М. Станкевич, О. И. Коньков // Вестник ИвГМА. – 2009. – № 4. – С. 45–50.

3.Костина, Д. В. Малоинвазивные методы лечения заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей / Д. В. Костина, Е. С. Шерстобитова, О. В. Пимкина // Вестник науки. – 2024. – № 5 (74). – С. 1468–1471.

4.Сулаймонов, С. У. Хирургические аспекты повреждений желчных протоков после холецистэктомии / С. У. Сулаймонов, З. Н. Назаров // Research Focus. – 2024. – № 5. – С. 283–289.

5.Сухарева, М. В. Разновидности холецистэктомии / М. В. Сухарева, А. О. Самаркина, А. А. Семагин // Вестник СМУС74. – 2016. – № 4 (15). – С. 82–88.

6.Хатьков, И. Е. История развития лапароскопической хирургии / И. Е. Хатьков, Ю. А. Барсуков, А. О. Атрощенко [и др.] // Хирургия и онкология. – 2012. – № 2. – С. 35–39.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТАЗОВОГО ВЕНОЗНОГО ПОЛНОКРОВИЯ

Небылицин Ю.С.[1], Хрыщанович В.Я.[1], Кутько А.П.[2], Скобелева Н.Я.[3]

[1]Белорусский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Минск
[2]Витебская областная клиническая больница
Республика Беларусь, г. Витебск
[3]Клинический родильный дом Минской области
Республика Беларусь, г. Минск

Актуальность. Варикозная болезнь таза (ВБТ) характеризуется развитием хронического тазового венозного полнокровия. ВБТ на протяжении длительного времени может протекать латентно, проявляться расширением вен вульвы, промежностных или ягодичных вен. Но наиболее значимым проявлением данной патологии является хроническая тазовая боль, которая

Репозиторий ГомГМУ