

коэффициента выбора метода натяжной или атензионной паховой герниопластики **K**, который рассчитывается по формуле: $K = h : m$, где *h* – высота пахового промежутка (мм), *m* – совокупная толщина мышц верхней стенки пахового канала (мм). При $K > 4,83$ выбирают атензионные методы герниопластики, а при $K < 4,83$ – натяжные методы герниопластики.

Выводы. Разработан новый метод выбора паховой герниопластики, основанный на результатах ультразвуковой морфометрии высоты (*h*) ПП и СТМ (*m*) верхней стенки пахового канала. По результатам ультразвуковой морфометрии рассчитывается коэффициент выбора паховой герниопластики (**K**) по формуле: $K = h : m$. При $K > 4,83$ выбирают атензионные методы герниопластики, а при $K < 4,83$ – натяжные методы герниопластики.

Список литературы

1. Выбор метода лечения паховых грыж / В. А. Ступин, А. Н. Ивашов, К. Н. Головин [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2009. – № 11. – С. 53-57.
2. Егиев, В. Н. Герниопластика без натяжения в лечении паховых грыж / В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, М. В. Свитковский // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2012. – № 4. – С. 18-22.
3. Хирургия паховых грыж в Гродненском регионе. Пути совершенствования подходов к выбору метода герниопластики / С. М. Смотриш, С. А. Визгалов, С. А. Жук [и др.] // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. – 2018. – Т. 16, № 4. – С. 497-501.
4. Huseynov, G. Clinical results of different methods of hernioplasty in patients with inguinal hernia // Surg. Easten Eurohe. – 2018. – Vol. 7, № 3. – P. 340-346.
5. Recurrent inguinal hernia after mesh hernioplasty. An emerging problem? / A. Garavello, R. Brown, J. Campos [et al.] // Minerva Chir. – 2001. – Vol. 56, № 6. – P. 547-552.

АКТУАЛЬНОСТЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Оганесян А.А., Сушко А.А., Кропа Ю.С., Олейник А.О.,
Соколовский П.А., Оганесян А.С., Отливанчик Н.И.*

Гродненская университетская клиника
Беларусь, Гродно

Актуальность. Торакоскопия в качестве метода исследования и манипуляций на органах грудной полости используется с 19 века.

В 1865 году Фрэнсис Ричард Круз, ирландский эндоскопист, использовал прямой эндоскопический осмотр плевры для динамического наблюдения за выздоровлением пациентов от воспалительных заболеваний плевры. В 1882 году итальянский ученый Карло Форланини опубликовал статью, описывающую теорию касательно использования искусственного пневмоторакса для лечения пациентов с туберкулезом легких, осложненным

формированием пиопневмоторакса. В 1910 г. шведский хирург Ханс-Кристиан Якобеус ввел метод использования цистоскопа для нагнетания воздуха в плевральную полость и диагностики туберкулезных плевральных спаек.

Внедрение в 50-х гг. XX века эффективных противотуберкулезных препаратов привело к уменьшению интереса к торакоскопии. Лишь небольшое число клиник продолжало использовать данный метод для диагностики патологии плевры, при травме грудной клетки и воспалительных заболеваниях плевры и легких, а также для выполнения плевродеза.

Только в начале 90-х гг. XX века совершенствование видеотехнологий привело к стремительному развитию торакоскопических методов диагностики и лечения. Благодаря созданию специальных торакоскопических инструментов, адаптированных к анатомии грудной клетки, а также сшивающих аппаратов, торакоскопия вышла на качественно новый уровень с возникновением так называемых малоинвазивных торакоскопических вмешательств.

Усовершенствованным методом торакоскопии в современных условиях является видеоторакоскопия или видеоассистированная торакоскопия VATS (video-assisted thoracic surgery).

На сегодняшний день видеоторакоскопические операции являются «золотым стандартом» хирургического лечения многих заболеваний органов грудной полости. Резекция легких с использованием однопортовой видеоассистированной методики была впервые выполнена командой Гонсалеса в Испании. Это привело к достижению хирургами ещё меньшей травматичности доступа. Универсальность однопортовой методики сделали её рутинной в лечении различных заболеваний грудной клетки во всем мире [1].

Оперативные вмешательства с использованием видеотехники мы подразделяем на: торакоскопические, при которых торакоскоп и торакоскопические инструменты вводят в плевральную полость через проколы грудной стенки, и видеоассистированные или видеоконтролируемые, сочетающие миниторакотомию и видеоторакоскопию.

Как правило, VATS проводится под общей анестезией с отдельной интубацией правого и левого главных бронхов двухпросветной трубкой. При этом легкое на стороне операции находится в спавшемся состоянии, что дает возможность хорошего обзора всей плевральной полости, грудной стенки и поверхности легкого. При хирургических вмешательствах на легких и плевре пациент находится в положении на боку с валиком под грудной клеткой.

Основными показаниями к проведению видеоторакоскопии являются рецидивирующий плеврит неясной этиологии, спонтанный пневмоторакс, диссеминированные заболевания легких, закрытая и открытая травмы грудной клетки, в том числе осложненные внутриплевральным кровотечением, гнойно-воспалительные заболевания плевры и средостения, внутригрудная лимфаденопатия при злокачественных заболеваниях легкого и других органов. При вышеперечисленных патологиях в нашей клинике видеоторакоскопия практически полностью вытеснила традиционные торакотомные доступы.

При доброкачественных и злокачественных заболеваниях легкого в нашей клинике наблюдается тенденция к увеличению числа малоинвазивных

видеоассистированных вмешательств в сравнении с традиционной торакотомией при резекциях легкого.

Цель. Оценить роль видеоторакоскопии в диагностике и лечении заболеваний органов грудной клетки в условиях отделения торакальной хирургии Гродненской университетской клиники.

Методы исследования. В торакальном отделении на базе учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника» за период с апреля 2021 по март 2025 было выполнено 200 открытых и 120 видеоассистированных резекций легких по поводу доброкачественных и злокачественных заболеваний. Среди пациентов, перенесших открытую лобэктомию, было 145 мужчин (72,5%), 55 женщин (27,5%). При видеоассистированной лобэктомии: мужчин – 103 (85,8%), женщин – 17 (14,2%). Средний возраст пациентов, перенесших открытую лобэктомию: мужчины – 63(±7) года, женщины – 60(±11) лет. Средний возраст при видеоассистированной лобэктомии: мужчины – 62(±7) года, женщины – 58(±7) лет.

Результаты и их обсуждение. За период с апреля 2021 по март 2022 было выполнено 44 открытых и 19 видеоассистированных лобэктомий. С апреля 2022 по март 2023 было выполнено 38 открытых и 30 видеоассистированных лобэктомий. С апреля 2023 по март 2024 было выполнено 54 открытых и 31 видеоассистированная лобэктомия. С апреля 2024 по март 2025 было выполнено 64 открытых и 40 видеоассистированных лобэктомий.

Средняя продолжительность операции при открытой лобэктомии составила 177(±50) мин. Выписка пациента после открытой лобэктомии в среднем проводилась на 14(±6) послеоперационный койко-день.

Средняя продолжительность операции при видеоассистированной лобэктомии составила 141(±41) мин. Выписка пациента после видеоассистированной лобэктомии в среднем проводилась на 14(±4) послеоперационный койко-день.

Выводы. 1. Видеоассистированные вмешательства имеют существенные преимущества по сравнению с традиционной торакотомией: уменьшение операционной травмы и кровопотери, снижение потребности в анальгезии в послеоперационном периоде, сохранение функции внешнего дыхания в течение операции, сокращение сроков пребывания пациента в стационаре [2].

2. Оптимизация хирургического доступа не должна проводиться в ущерб радикальности оперативного лечения.

3. Внедрение видеоассистированных методик требует полноценного оснащения операционной, хирургического инструментария, высокой квалификации всей операционной бригады.

4. Опыт выполнения видеоассистированных резекций легкого позволяет нам рекомендовать этот доступ для лечения пациентов с доброкачественными и злокачественными заболеваниями легкого как безопасный, радикальный метод выбора, учитывая преимущества послеоперационного периода и хороший косметический результат.

Список литературы

1. D'Amico, T. The Video-Assisted Thoracoscopic or Open Lobectomy

(VIOLET) trial: The final chapter to this epic / T. D'Amico // The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. – 2023. – Vol. 166, № 1. – P. 265-267.

2. Scott, W. Video-assisted thoracic surgery versus open lobectomy for lung cancer: a secondary analysis of data from the American College of Surgeons Oncology Group Z0030 randomized clinical trial / W. Scott, M. Allen, G. Darling // The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. – 2010. – Vol. 139, № 4. – P. 976-981.

АМИНОКИСЛОТНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, И ЛЮДЕЙ БЕЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ

***Панасюк О.В., Могилевец Э.В., Наумов А.В., Дорошенко Е.М., Горячев П.А.,
Труханов А.В., Кардис П.А.***

Гродненский государственный медицинский университет
Гродненская университетская клиника
Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Свыше 200 млн. людей во всём мире страдают заболеваниями артерий нижних конечностей (ЗАНК) [1, с. 1331]. Свыше 6,6% людей, проживающих в Китае (примерно 45,3 млн.), в возрасте 35 лет и старше имеют ЗАНК [2, с. 165]. По данным других авторов распространенность ЗАНК составляет от 0,6 до 7,5% населения в зависимости от возраста [3, с. 11; 4, с. 7]. Распространённость данной патологии привела к развитию сосудистой хирургии, увеличению количества и вариантов выполняемых реваскуляризирующих вмешательств на артериях нижних конечностей.

Существенное влияние на развитие и прогрессирование ЗАНК оказывает аминокислотный пул пациента, потому что аминокислоты могут, как ускорять, так и замедлять развитие атеросклеротического процесса в организме человека [5, с. 3; 6, с. 51].

Цель. Сравнить уровни содержания аминокислот в плазме крови пациентов с ЗАНК и людей, не страдающих от данной патологии.

Методы исследования. В исследование вошли 173 человека. Группу 1 составили 133 пациента с ЗАНК: 114 (85,7%) мужчин и 19 (14,3%) женщин. Средний возраст пациентов (Me [25%; 75%]) составил 63 [57; 68] года. В группу 1 вошли 96 (72,2%) пациентов со стадией 2 Б хронической артериальной недостаточности по классификации Фонтейна-Покровского, 3 ст. – 15 (11,3%) и 4 ст. – 22 (16,5%).

40 пациентов без проявлений ЗАНК составили группу 2: у пациентов была диагностирована пульсация на всех магистральных артериях обеих нижних конечностей, значение ЛПИ было в диапазоне 1,0 – 1,40. Средний возраст пациентов (Me [25%; 75%]) группы 2 составил 60 [58; 64] лет.