

Выводы.

1. Комбинированная пластика задней стенки пахового канала у пациентов с паховыми грыжами продемонстрировала отсутствие ранних послеоперационных осложнений.

2. Данный метод операции сохраняет все преимущества сетчатой пластики пахового канала, при этом минимизирует негативное воздействие эндопротеза на семенной канатик.

3. Отсутствие специфических жалоб у пациентов, включая дискомфорт, покалывание или ощущение инородного тела, указывает на удовлетворительные функциональные результаты операции и потенциально более низкий риск рубцовых изменений, ухудшения кровоснабжения тканей яичка и потенциальных нарушений половой функции пациентов.

Список литературы

1. Безводицкая, А. А. ТЭП-методика лечения паховых грыж / А. А. Безводицкая, И. Д. Семенчук, А. Н. Нехаев // Хирургия Беларуси на современном этапе : материалы XVI съезда хирургов Респ. Беларусь и Респ. науч.-практ. конф. «Хирургия Беларуси на современном этапе» (Гродно, 1-2 ноября 2018 года) : в 2-х ч. / под ред. Г. Г. Кондратенко. – Гродно, 2018. – Ч. 1. – С. 101-103.

2. Профилактика послеоперационного хронического болевого синдрома после герниопластики по Лихтенштейну / А. В. Юрий, Д. С. Тевс, Н. Р. Коптеев [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2023. – Т. 182, № 5. – С. 29-35. – doi: 10.24884/0042-4625-2023-182-5-29-35.

3. Сахабетдинов, Б. А. Сравнительный анализ герниопластики по Лихтенштейну и «Plug and Patch» при прямых паховых грыжах / Б. А. Сахабетдинов // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2023. – Т. 13, № 2. – С. 241-241.

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС (СП) У ДЕТЕЙ. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ

**Шмаков А.П.¹, Зуев Н.Н.¹, Седлавский А.П.¹, Осочук А.С.¹, Кузьменко Т.В.¹,
Питкевич А.Э.², Литвяков М.А.², Подолинский Ю.С.², Сайковская О.Н.²,
Старикович Т.Е.²**

¹Витебский государственный медицинский университет

²Витебский областной детский клинический центр («ВОДКЦ»)

Республика Беларусь, г. Витебск

Актуальность. Значительный рост в последние десятилетия СП у детей требует привлечения к нему внимания педиатров и проведения анализа ошибок оказания помощи. Операции при СП в неотложной торакальной хирургии составляют около 50% [1, 2, 3].

Цель. На основании анализа клинических материалов установить дефекты оказания медицинской помощи больным СП для оптимизации диагностики, лечебной тактики и диспансеризации.

Методы исследования. Изучено 12 случаев СП у детей, лечившихся в УЗ «ВОДКЦ» в 2019 – 2025 гг. Больных мужского пола – 11, женского – 1, в возрасте: 14 лет – 1, 15 – 1, 16 – 5, 17 – 5 пациента. Место жительства: г. Витебск – 7, районы области – 5. Годичная динамика: 2019 – 1, 2023 – 3, 2024 – 4, 2025 – 4. Помесячная динамика: январь – 2, март – 2, апрель – 5, май – 3. В хирургическое отделение УЗ «ВОДКЦ» через сутки от начала болезни поступили 5, на первой неделе – 1, через одну неделю – 2, через две недели – 3, через месяц – 1 больной. У двух из них имел место рецидив СП. У 11 пациентов болезнь возникла остро без видимых причин, при двигательной нагрузке – у 1. У всех появлялись боль в груди без иррадиации, как в покое, так и при глубоком вдохе и сухой кашель различной частоты и интенсивности, физическое напряжение их усиливало.

Все мальчики были высокорослые, астеники, девочка – норма стеник. У двух имелось подозрение на синдром Марфана. Они направлены в медико-генетическую консультацию. У восьми обнаружено ослабление везикулярного дыхания и коробочный оттенок перкуторного звука. Смещение средостения – у 3, подкожная эмфизема – у 5.

Относительно удовлетворительное и средне тяжелое состояние обусловило обращение за медицинской помощью через 1 – 4 недели – 7, в первые сутки в пяти случаях. Только у восьми больных рентгенологически обнаружен СП. У четырех был малый пневмоторакс (полоска воздуха до 2 см), у трех – средний (2 – 4 см), у пяти – тотальный (напряженный); справа – у 7, слева – у 5 больных. Первичное дренирование плевральной полости, выполненное на различных этапах оказания медицинской помощи, к устойчивому результату (полному расправлению легкого) не привело.

Мультиспиральная компьютерная томография выявила эмфизематозную трансформацию (ЭТ) вершечек легких: справа в 6, слева в 2, с обеих сторон в 3 случая. У одного пациента при наличии правостороннего СП буллы на КТ не обнаружены, но были клинические признаки лёгочно-плеврального свища. Размер булл от 4,4 – 20 мм.

Операция на первой неделе после поступления выполнена у 4, 1–2 неделе у 5 пациентов. Три переведены для хирургического лечения в ДХЦ г. Минска. Один выписан домой после активного дренирования плевральной полости с устойчивым положительным результатом.

Восьми больным сделана видеоторакоскопически ассистированная атипичная экстраплевральная резекция вершины легкого (S_1), химический (тальком) плевродез. Дренирование плевральной полости в V и VII межреберьях.

После операции 2-7 дней лечились в реанимационном отделении. Активная аспирация осуществлялась кардиоторакальной дренажной системой в режиме от 7-10 Кра до 1-2 Кра. Объем экссудата – от скудного до 400 мл, воздуха – от 10 до 20 мл. в сутки. Как правило, дренажи из плевральной полости удаляли на седьмые и девятые сутки. Назначались антибиотики (один или два),

обезболивающие, этамзилат натрия, инфузионная терапия. Обязательно выполнялись контрольные рентгенограммы грудной клетки (2-3 раза). Средний койко-день лечения в стационаре составил 21 (от 15 до 30).

Результаты и их обсуждение. Во всех изученных случаях первичного СП заболевание развивалось по компенсированному – субкомпенсированному сценариям, что являлось причиной диагностических ошибок.

На этапе первичной медицинской помощи не всегда имелось подозрение на острую торакальную патологию, поэтому не выполнялась Р-грамма грудной клетки, не квалифицированно оценивались объективные симптомы, носившие скрытый характер (осмотр больного без нагрузки, Р-грамма грудной клетки на выдохе и др.). Попытки использования в начале нашей практики консервативных методов лечения (наблюдение, пункции) оказались неэффективными, что мотивировало нас отказаться от них.

При установлении истинной причины болезненного состояния и дренирования плевральной полости при напряженном пневмотораксе, подкожной эмфиземе значительной площади, рецидивном пневмотораксе, не всегда своевременно и правильно оценивался результат неадекватности выполненного лечебного пособия, что затягивало попадание больного в детское хирургическое отделение, выставлялся ошибочный диагноз, не оказывалась адекватная помощь. Даже при рецидивном СП, правильный диагноз выставлялся с опозданием (через неделю). И всё-таки, на стационарном этапе решение об оперативном лечении принималось своевременно, чаще на первой неделе пребывания больного в стационаре. На основании отсутствия расправления легкого при адекватном дренировании.

В настоящее время считаем, что лечение надо начинать с дренирования плевральной полости вначале пассивного, а при сохранении пневмоторакса при адекватном дренировании – активного (кардиоторакальная дренажная система в режиме вначале 7-10 Кра с переходом при расправлении легкого к 1-2 Кра). При постоянном сбросе воздуха и персистировании пневмоторакса в течение 3-5 суток решается вопрос о радикальной операции.

Торакоскопическая атипичная резекция легкого с применением линейных, эндоскопических сшивающих аппаратов является операцией выбора [2, 3].

Нами выполнялась видеоторакоскопически ассистированная атипичная внеплевральная (удаляемая часть легкого через минидоступ в II,III межреберье между передней и задней подмышечными линиями извлекалась наружу и отделялась с помощью аппарата УКЛ с подкладкой под брамши полосок «Биокарда»), резекция измененной верхушки легкого в пределах здоровых тканей, химический плевродез (тальком), дренирование плевральной полости в V и VII межреберьях по передней и задней подмышечным линиям (места установки троакаров).

Описанная тактика и объём хирургического пособия оптимальны, в наших условиях. Повторных обращений не было.

После операции в течение месяца больные освобождаются от физических нагрузок, занимаются ЛФК и дыхательной гимнастикой, остерегаются гипербарических травм. При фоновом системном заболевании соединительной

ткани необходимо лечение и наблюдение педиатра. Контрольная КТ через 6 месяцев после операции.

Выводы.

1. Знания о СП нуждаются в популяризации среди медицинских работников. Обращать внимание следует на особенности как клинического (под нагрузкой), так и R-логического (на выдохе) обследования.

2. У больных со СП после дренирования плевральной полости обязательно следует выполнять КТ.

3. При отсутствии положительного результата (расправления легкого) при адекватном дренировании в течение 3-5 суток надо решать вопрос о радикальном лечении.

4. В обследовании, лечении и диспансеризации этих пациентов необходимо участие педиатров, пульмонологов и детских хирургов с привлечением в отдельных случаях генетиков.

Список литературы

1. В пользу активной тактики при первом эпизоде спонтанного пневмоторакса / Г. А. Гринцов, В. Ю. Михайличенко, Д. О. Ступаченко [и др.] // Крымский журн. эксперимент. и клинич. медицины. – 2017. – Т. 7, № 2. – С. 30-34.

2. Спонтанный пневмоторакс у детей: стратегия хирургического лечения у детей : учебно-методические указания / сост.: Н. М. Степанова, В. Н. Стальмахович. И. Б. Ли [и др.]. – Иркутск : ИГМАПО, 2021. – 73 с.

3. Пульмонология : национальное руководство : краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАРМедиа. 2013. – 800 с.

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Шулейко А.Ч.¹, Зафранская М.М.¹, Нижегородова Д.Б.¹, Чернявский А.Н.^{1,2}

¹Белорусский государственный медицинский университет

²Минская областная клиническая больница

Республика Беларусь, г. Минск

Актуальность. Хронический панкреатит (ХП) – прогрессирующее заболевание с хроническим воспалением, может привести к фиброзу поджелудочной железы, ацинарной атрофии и обструкции протока поджелудочной железы и последующее повреждение эндокринной и экзокринной ткани поджелудочной железы, что в конечном итоге приводит к диабету и экзокринной недостаточности поджелудочной железы [1]. В связи с отсутствием единой концепции в лечении хронического панкреатита