

на состояние L-аргинин-NO системы, и в то же время данная система может определять функциональные свойства гемоглобина путем модификации его сродства к кислороду через внутриэритроцитарные механизмы регуляции, кислородзависимый характер образования NO, регуляцию сосудистого тонуса, действие пероксинитрита [2].

Результаты настоящего исследования позволили установить, что уменьшение SGK при ТБ реализуется при участии L-аргинин-NO системы: отмечается увеличение концентрации метаболитов NO (нитрат/нитритов).

Выводы: У пациентов с различными клиническими формами ТБ легких отмечается сдвиг КДО вправо, направленный на улучшение оксигенации тканей. Установленное увеличение содержания нитрат/нитритов отражает нарушение функционирования L-аргинин-NO системы и имеет значение для изменения кислородсвязывающих свойств крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скрыгина, Е.М., Клиническое руководство по лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм /Е.М.Скрыгина. – Минск: МЗ РБ ГУ НИИ «Пульмонологии и фтизиатрии», 2017. – 130 с.
2. Кислородсвязывающие свойства крови и монооксид азота /В.В.Зинчук [и др.] //Рос. физиол. журнал им. И.М. Сеченова. – 2013. – № 5. – С. 537-554.
3. Severinghaus, J.W. Blood gas calculato//J. W. Severinghaus//Journal of Applied Physiology- 1966. - Vol 21, №5. – P. 108–116.
4. Hemoglobin P50 during a simulated ascent of Mt. Everest, Operation Everest II. High. /P.D. Wagner [et al.] //Alt. Med. Biol. – 2007. – № 1. – P. 32-42.
5. The role of H₂S bioavailability in endothelial dysfunction /P.D. Wagner [et al.] //Trends. Pharmacol. Sci. – 2015. – № 9. – P. 568-578.
6. Козлов И.А., Романов А.А. Особенности транспорта кислорода при нарушении оксигенирующей функции легких в ранние сроки после искусственного кровообращения/ И.А.Козлов[и др.] // Общая реаниматология. – 2009. – № 6. – С. 13-20.
7. Chinta K.C. Emerging role of fasotransmitters in the pathogenesis of tuberculosis/ K.C Chinta// Nitric oxide. – 2016. - Vol. 59. – P. 28-41.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ

Шило Р.С., Могилевец Э.В., Солонец К.В., Якименко С.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Первые операции при заболеваниях системы крови стали применяться с середины XX столетия. Накопленный

опыт этих вмешательств показал, что в зависимости от характера патологии травматичность вмешательства существенно влияет на исход заболевания, поэтому поиски путей минимизации травматичности операции способствовали разработке лапароскопической спленэктомии, которая впервые была выполнена в 1988 году [1].

Для хирургического удаления селезенки используется как открытая традиционная спленэктомия, так и лапароскопическая. До настоящего времени дискуссия о преимуществах того или иного метода спленэктомии продолжается. У больных с заболеваниями системы крови следует придерживаться дифференцированного подхода при выборе способа выполнения спленэктомии. Хотя на современном этапе открытая спленэктомия продолжает широко применяться при лечении больных с патологией системы крови, показания к ней неоднократно пересматривались и продолжают пересматриваться. Установлено, что при лапароскопической спленэктомии хирург значительное время тратит на мобилизацию селезенки, для успешного выполнения которой, прежде всего, необходимы сведения об индивидуальных топографо-анатомических особенностях, в том числе данные об ангиоархитектонике бассейна селезеночной артерии. Сведения об индивидуальных особенностях топографии селезенки нередко определяют успешное выполнение спленэктомии, позволяют не только выбрать доступ к органу, но и создать необходимую экспозицию органов брюшной полости для доступа к сосудистой ножке, а также выделить безопасный участок для манипуляций на ветвях селезеночной артерии. К настоящему времени техника лапароскопической спленэктомии достаточно разработана. Однако число послеоперационных осложнений достигает более 30% и не имеет тенденции к снижению [2].

Цель. Анализ результатов лапароскопической спленэктомии у пациентов с заболеваниями селезенки.

Методы исследования. На базе хирургического отделения УЗ «Гродненская областная клиническая больница» (ГОКБ) с 2014 по 2017 года выполнено 22 операции спленэктомии. При этом идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) была диагностирована в 6 случаях (3 мужчины в возрасте от 35 до 55 лет и 2 женщины 36-48 лет), киста селезенки – в 4 случаях (2 мужчины 35 лет и 55 лет, 1 женщина 36 лет), травма селезенки – в 3 случаях. Спленомегалия с гиперспленизмом явились показанием к

спленэктомии в 3х наблюдениях, неходжкинская лимфома – в 4х наблюдениях, волосатоклеточный лейкоз – в 1 наблюдение. 1 пациент был оперирован с диагнозом «идиопатический миелофиброз». Из 22 спленэктомий в 3х случаях операция была выполнена лапароскопическим способом. Время операции составило от 120 мин до 270 мин.

Приводим наше клиническое наблюдение. Пациент М., 55 лет, поступил в хирургическое отделение ГОКБ в удовлетворительном состоянии с диагнозом «ИТП, хроническое течение» для планового оперативного лечения (спленэктомия). При поступлении предъявлял жалобы на кровоподтеки на коже конечностей и туловища. Из анамнеза – диагноз ИТП выставлен в 2011 году, получал глюкокортикоидное лечение с временным положительным эффектом. На фоне длительной гормональной терапии увеличилась масса тела, 2-3 степень ожирения. По данным лабораторных исследований в крови тромбоцитов было $53 \times 10^9/\text{л}$, из описания ультразвукового исследования «Селезенка 12.6x4см, контуры ровные, структура однородная».

В связи с небольшими размерами селезенки, а также с тем, что доступ к ней и проведение операции под визуальным контролем затруднены из-за ожирения, было решено использовать эндовидеоскопический метод спленэктомии.

Результаты и их обсуждение. Операция выполнялась под общей ингаляционной анестезией в положении больного на спине. После обработки операционного поля был введён троакары с помощью иглы Вереща в левом подреберье. Далее были введены дополнительные 3 троакара для инструментов: два 11 мм троакара в эпигастральной области и по верхнему краю параумбиликальной складки и один 6 мм троакар в левой мезогастральной области по среднеключичной линии. При ревизии установлено, что селезёнка размерами 15x10 см. С помощью электрокоагуляции и аппарата Force-Triad пересечены связки селезенки, мобилизована ее ножка, в которой были выделены селезеночные артерия и вена. В желудочно-селезеночной связке от селезеночной артерии отходили ветви ко дну желудка. Для пересечения данных ветвей лигатуры накладывали не на основной ствол селезеночной артерии, а на ее ветви, ближе к воротам селезенки с помощью аппарата Гемолок (6 шт) и клиппатора (12 шт). Таким приемом устранялась опасность повреждения хвоста поджелудочной железы. Для уменьшения кровенаполнения органа,

было принято решение сначала перевязать артерию двумя лигатурами, а лишь потом перевязать селезеночную вену. Это привело к уменьшению кровопотери во время операции. Был произведен тщательный гемостаз. Селезенку поместили в контейнер и фрагментировали на 4 части, после чего удаляли из брюшной полости по частям через разрез от 11 мм троакара без его расширения. Выполнили дренирование силиконовыми трубками левого поддиафрагмального пространства и полости малого таза.

Послеоперационный период пациента протекал гладко, без осложнений, заживление ран было первичное. Пациент был активен со 2х суток после операции, повышения температуры у него не было. По улавливающим дренажам отделяемого не было, последний был удален на 3 сутки. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 8 сутки после операции на амбулаторное лечение у терапевта и гематолога.

Внедрение в клиническую практику лапароскопической спленэктомии у пациентов с заболеваниями системы крови позволяет уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений.

Применение разработанной методики лапароскопической спленэктомии, заключающаяся в перевязке ветвей селезеночной артерии ближе к воротам селезенки для профилактики послеоперационного панкреатита, а также перевязка селезеночной артерии перед лигированием селезеночной вены для увеличения аутогемотрансфузии, облегчает манипуляции по удалению селезенки, уменьшает травматичность операции и частоту послеоперационных осложнений.

Применение в хирургической практике лапароскопической спленэктомии при хирургическом лечении гематологических заболеваний улучшает качество жизни пациентов, их социальную активность.

Выводы.

1. Лапароскопическая спленэктомия является высокоэффективным малоинвазивным оперативным пособием в лечение аутоиммунных гематологических заболеваний селезенки, позволяет уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений.

2. Клипирование ветвей селезеночной артерии ближе к воротам селезенки, а также перевязка селезеночной артерии перед лигированием селезеночной вены являются эффективными техническими решениями в выполнении лапароскопической

спленэктомии, позволяют снизить время оперативного вмешательства и создают условия к ранней реабилитации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Органосохраняющая и миниинвазивная хирургия селезенки / М. В. Тимербулатов [и др.]. – Москва, 2004. – 218 с.
2. Лапароскопическая спленэктомия в гематологии / А. В. Гржимоловский [и др.] // Эндоскоп. хир. – 2003. – № 4. – С. 3-14.

ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ МИКСОМ СЕРДЦА

¹Шпак Н.В., ¹Раков А.В., ¹Санюкевич К.Д., ²Роман Т.С.

¹Гродненский государственный медицинский университет,
²Гродненский областной клинический кардиологический центр

Миксомы представляют собой первичные доброкачественные опухоли сердца, которые по частоте встречаемости можно отнести к редким заболеваниям сердца. Классификация опухолей сердца, подобная той, которая используется в настоящее время, была представлена Yater в 1931 году, а операция по поводу удаления миксомы предсердия – Crafoord в 1954 году [1]. По данным патологоанатомических исследований частота опухолей сердца составляет 0,0017–0,19% [2]. Среди кардиохирургических вмешательств операции по поводу удаления опухоли сердца выполняются в 0,3–0,4% случаев [1]. Доброкачественные опухоли составляют около 75–80%, по некоторым данным и более 90%, всех первичных новообразований сердца, среди которых преобладают миксомы [3].

Доброкачественные гистологически опухоли не всегда являются таковыми клинически, приводя к развитию синкопе, системных эмболий, внезапной сердечной смерти [1, 3, 4]. В настоящее время благодаря совершенствованию методов визуализации, диагностика миксом значительно улучшилась. При этом, по данным одного из исследований [1], среднее время от начала клинических проявлений до диагностики миксомы составляет $4,1 \pm 8,3$ месяцев.

Клиническая манифестация миксом может быть разной в зависимости от их локализации и структуры. Наиболее частая локализация миксом – левое предсердие, реже другие камеры сердца [1]. По структуре миксомы могут быть желатинозной консистенции, прикрепляющиеся к стенке сердца широким основанием, и в виде