

го. Радикальная операция – как торакоскопически ассистированная внеплевральная резекция при отсутствии сшивающе-резекционного аппарата (8), так и внутриплевральная (2).

Выводы. Современные эндоскопические технологии позволяют выполнить операции на любых органах, внести изменения в лечебную тактику и хирургическую технику, снизить операционный травматизм, что несомненно улучшает результаты лечения.

Перспективы развития детской хирургии в разработке и внедрении пренатальной (внутриутробной) коррекции врожденных пороков развития, что невозможно без эндоскопических технологий.

Опыт лапароскопической колоректальной хирургии в УЗ «Минская областная клиническая больница»

*Е.А. Боровик^{1,2}, А.Ч. Шулейко², Ю.В. Бутра¹,
И.А. Хаджи-Исмаил², О.Г. Дыбов²,*

А.С. Бондарь¹, Е.И. Вижинис², Э.Ф. Высоцкий¹

¹УЗ «Минская областная клиническая больница»

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Введение. В последнее время лапароскопическая хирургия широко применяется в лечении заболеваний толстой кишки. Исследования показали хорошие краткосрочные результаты лапароскопического подхода: ускорение восстановления функции желудочно-кишечного тракта, уменьшение длительности пребывания пациентов в стационаре, уменьшение послеоперационного болевого синдрома, снижение частоты возникновения осложнений. При этом значительный опыт применения лапароскопических вмешательств в Республике Беларусь накоплен лишь в единичных профильных центрах. Цель работы – анализ результатов выполнения лапароскопических колоректальных операций в УЗ «Минская областная клиническая больница».

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 159 пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ «Минская областная клиническая больница» с августа 2022 по август 2025 гг. Среди них было 77 (48,4%) мужчин и 82 (51,6%) женщины. 80 (50,3%) пациентов оперированы по поводу колоректального рака, 26 (16,4%) пациентам с толстокишечными стомами были выполнены ре-

конструктивно-восстановительные операции, 22 (13,8%) пациента прооперированы с осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки, 11 (6,9%) пациентов – по поводу воспалительных заболеваний кишечника (Болезни Крона и язвенного колита), 4 (2,5%) пациента – по поводу долихоколона, 5 (3,1%) пациентов – по поводу полиповидных образований толстой кишки, 3 (1,9%) – по поводу перфорации сигмовидной кишки, 5 (3,1%) пациентов – с пролапсом прямой кишки и 3 (1,9%) пациента – с семейным аденоматозным полипозом. 119 (74,8%) операций проведено в плановом порядке и 40 (25,2%) – экстренно. Из 159 операций наибольшее количество было выполнено резекций сигмовидной кишки с первичным анастомозом – 30 (18,9%), правосторонних гемиколонэктомий – 29 (18,2%) и различных реконструктивных вмешательств – 26 (16,6%). 20 (12,6%) лапароскопических резекций сигмовидной кишки произведено с парциальной мезоректумэктомией, 10 (6,9%) резекций левых отделов толстой кишки, 9 (5,7%) тотальных мезоректумэктомий, 8 (5%) лапароскопических колостомий. Лапароскопическая колэктомия осуществлена 6 (3,8%) пациентам. Лапароскопическая ректопексия по Кюммелю с пролапсом прямой кишки произведена в 5 (3,1%) случаях. Лапароскопическая операция типа Гартмана произведена 4 (2,5%) пациентам, в 4 (2,5%) случаях выполнялась лапароскопическая колпроктэктомия и 3 (1,9%) лапароскопические резекции поперечно-ободочной кишки.

Результаты и обсуждение. В ходе анализа данных было установлено, что медиана послеоперационного койко-дня составила 11 (6;12) койко-дней. Медиана длительности операции составила 270 (143;310) минут. Послеоперационный период осложнился у 13 (8,2%) пациентов. У 7 (4,4%) пациентов возникла несостоятельность анастомоза, потребовавшая экстренной операции и разобщения анастомоза у 6 пациентов и консервативного ведения у 1 пациентки с прикрытой несостоятельностью сигмо-ректоанастомоза. У 2 потребовалась реинтервенция по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости. Острая язва тощей кишки возникла у 2 пациентов. Данным пациентам была выполнена релапароскопия, ушивание язвы. Отмечен один летальный исход от ТЭЛА. Стоит отметить, что реоперации у всех пациентов по поводу осложнений были выполнены в первые 3-е суток, что спрофилактировало развитие разлитого перитонита и других более серьезных осложнений.

Выводы. Использование лапароскопических технологий в колоректальной хирургии позволяет выполнять адекватные по объему хирургические вмешательства, способствует ранней активизации пациентов, уменьшает послеоперационный койко-день и количество тяжелых осложнений. Мотивация, квалификация хирургов при наличии адекватного материально-технического обеспечения расширяют показания к проведению этих операций в колопроктологии.

Опыт лечения секвестрации легкого

*С.Н. Ермашкевич¹, М.В. Кунцевич¹,
Н.М. Кондерский²*

¹УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

²УЗ «Витебская областная клиническая больница»

Введение. Легочная секвестрация – порок развития дыхательной системы, для которого характерно отсутствие сообщения с трахеобронхиальным деревом и/или обособленное кровоснабжение из сосудов большого круга. Вариантом манифестации может быть легочное кровотечение, инфекционные осложнения, малигнизация. Могут длительное время протекать бессимптомно и стать случайной находкой. Выделяют интра- и экстралобарные, одно и двухсторонние секвестрации. Ввиду относительно низкой частоты встречаемости данного порока развития дыхательной системы подходы к отбору пациентов, выбору объема, доступа сроков выполнения хирургического вмешательства не систематизированы. В большинстве публикаций приводятся отдельные наблюдения.

Цель исследования. Представить собственный опыт диагностики и лечения легочной секвестрации.

Материалы и методы. Обследование и лечение пациентов проведено на базе УЗ «Витебская областная клиническая больница» (УЗ «ВОКБ») в период 2024–2025 гг. Были оперированы: мужчина в возрасте 43 лет, женщина 46 лет, женщина 34 лет и женщина 44 лет. Также был консультирован и наблюдался мужчина 75 лет. Всем оперированным пациентам в сроки от 1 до 3 месяцев после выписки выполнялась контрольная компьютерная томография органов грудной клетки, с чем они были повторно осмотрены торакальным хирургом.

Результаты. Правосторонняя локализация наблюдалась у 1 пациента, у 4 – левосторонняя.

Во всех случаях имелась внутрилегочная нижнедолевая форма легочной секвестрации. Источником aberrантной артерии во всех случаях была нисходящая грудная аорта. Сосуд проходил между листками легочной связки, диаметр артерии варьировал от 2 до 4 мм. Тромбозов, облитерации не было, при пересечении наблюдалось обильное кровотечение.

Клинический пример №1. Пациент К., 43 года, после курса специфической химиотерапии был направлен с диагнозом «аспергиллез нижней доли левого легкого». Жалоб не предъявлял. Показания к видеоассистированной торакоскопической лобэктомии установлены по данным компьютерной томографии. Ангиография не выполнялась. В ходе разделения элементов легочной связки возникло обильное кровотечение, что стало причиной конверсии в торакотомию. Гемостаз, дальнейший ход операции, послеоперационный период без особенностей. Пациент был выписан на 10 суток в удовлетворительном состоянии. При пересмотре компьютерной томографии выявлен aberrантный сосуд. Данный клинический случай был первым в серии, после чего была изучена литература и в последующих наблюдениях диагноз «легочная секвестрация» был установлен дооперационно.

В остальных наблюдениях патология была диагностирована до операции по результатам компьютерной томографической ангиографии.

Клинический пример №2. Пациентка У., 46 лет. В течение 4 лет наблюдалась в онкологическом диспансере по месту жительства по поводу образования в нижней доле правого легкого. При поступлении жалоб не предъявляла. Результаты клинических анализов, ФБС – без существенных особенностей. Самостоятельно обратилась в торакальное отделение УЗ «ВОКБ» – предложена операция. Выполнена видеоассистированная торакоскопическая нижняя лобэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж из плевральной полости удален на 3 суток, пациентка выписана на 5 суток после операции в удовлетворительном состоянии.

Клинический пример №3. Пациентка Б., 34 года. В течение трех месяцев имелась длительно неразрешающаяся пневмония, в ходе дообследования было выявлено образование в нижней доле левого легкого. Выполнена видеоторакоскопическая нижняя лобэктомия. В ходе операции, при обработке aberrантного сосуда, вскрылся абсцесс в зоне секвестрации. Наличие недренируемого очага инфекции обуславливало поддержание воспа-