

стью выполнения радикальных операций ввиду запущенности опухолевого процесса (прорастание опухоли в ткань легкого (3 пациента), трахею (4 пациента), бронхи (3 пациента)), наличие отдаленных метастазов (6 пациентов), наличия тяжелой сопутствующей патологии, исключающей возможность радикального оперативного лечения (4 пациента).

В 1 случае после проведения стентирования наблюдалось осложнение в виде кровотечения, которое было остановлено консервативно.

В течение года после выполнения стентирования умерло 9 (45 %) пациентов. Остальные 11 (55 %) пациентов были выписаны с улучшением состояния для дальнейшего наблюдения по месту жительства.

Выводы

Необходимость дифференцированного применения того или иного метода при удалении опухоли направлена на предотвращение риска развития осложнений. Последовательное применение двух и более методов эндоскопического удаления опухоли позволяет в кратчайшие сроки восстановить просвет дыхательных путей, ликвидировать угрозу стеноза, асфиксии и обеспечить полноценное самостоятельное дыхание пациента.

При опухолевом стенозе трахеи и бронхов методы эндоскопической хирургии являются единственно возможными на первом этапе лечения у тяжелых онкологических больных с выраженной дыхательной недостаточностью. Эндоскопическая реканализация в большом проценте позволяет восстановить просвет полого органа.

Комбинация эндоскопических методов реканализации наглядно показывает свою эффективность как паллиативный метод лечения. Эндоскопическая реканализация хорошо переносится и обладает относительно небольшим количеством осложнений. Необходим индивидуальный подход в зависимости от характеристик опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхоскопия в диагностике и лечении опухолей трахеобронхиального ствола / Б. К. Поддубный [и др.] // Современная онкология. — 2000. — Т. 2, № 3. — С. 5–24.
2. Prospective comparison of argon plasma coagulator and heater probe in the endoscopic treatment of or peptic ulcer bleeding / L. Cipoletta [et al.] // Gastrointest. Endosc. — 1998.
3. Cortese, D. A. Early detection and treatment of lung cancer: photodynamic therapy / D. A. Cortese, E. S. Edell, H. Kato // Lung cancer: principles and practice, edited by Pass H. I, Mitchell J. B. — Philadelphia, 1996.
4. Gerasin, V. F. Endobronchial electrocautery / V. F. Gerasin, B. B. Shafirovsky // Chest. — 1988. — Vol. 93. — P. 270–274.
5. A prospective multicenter trial of a self-expanding hybrid stent in malignant airway obstruction / A. C. Mehta // Chest Meeting Abstracts. — 2007. — Vol. 132. — P. 425–426.

УДК 616.712-089-089.168.1

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

Левковец О. В., Тулуп Д. Л., Штырхунов Д. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Похожай

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В данной статье изучено влияние торакотомических и торакоскопических методов лечения онкологических заболеваний органов грудной полости на показатели продолжительности операции, дней пребывания в стационаре и ОАРИТ, использования промедола, антибиотиков, анальгетиков, инфузионной терапии за время лечения в ГОКОД,

а также частоту развития послеоперационных осложнений [1–2]. Полученные данные позволили определить преимущества торакоскопического метода лечения такие как: малая травматичность, так как позволяет избежать значительной кровопотери и травмы межреберных нервов, значительно снизить выраженность послеоперационной боли и быстрейшую реабилитацию больного [3].

Цель

Анализ послеоперационного периода после оперативного вмешательства на грудной клетке.

Материал и методы исследования

Для исследования были взяты истории пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении в период с 2015 по 2017 гг. в УЗ «ГОКОД». Медиана возраста пациентов составила 58,5 (49; 64) лет. Всего в исследовании участвовало 86 человек. Количество мужчин составило 47 (54,6 %) человек, количество женщин составило 39 (45,4 %) человек.

Пациенты были разделены на 2 группы:

- 1) пациенты с торакоскопией;
- 2) пациенты с торакотомией.

В 1-ю группу исследования были включены 45 пациентов, медиана возраста 58,5 [49; 64] лет. Среди них мужчин — 18 (40 %), женщин — 27 (60 %). Количество городских жителей — 39 (86,7 %) человек, из сельской местности — 6 (13,3 %).

Вторую группу исследования составили 41 пациент, медиана возраста 58,5 [49; 64] лет. Среди них мужчин — 29 (70,7 %), женщин — 12 (29,3 %). Количество городских жителей — 30 (73 %) человек, из сельской местности — 11 (27 %).

Полученные данные обработаны с помощью программы «Statistica» 13.0. Статистический анализ осуществляли с использованием параметрических и непараметрических методов.

Были использованы непараметрические методы статистического исследования: критерий Mann — Whitney U-test (для анализа различий двух независимых групп по количественному признаку. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали равным, и менее 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от доступа, по показателям введения анальгетиков операции были выявлены статистически значимые различия между группами пациентов с различными видами доступов (таблицы 1 и 2).

Таблица 1 — Показатели Введение анальгетиков пациентам в зависимости от вида оперативного доступа при (Me [Q₂₅; Q₇₅])

Показатель	Торакотомический (n = 41)	Торакоскопический (n = 45)	U	Z	p
Введение анальгетиков	6 (2; 12)	4 (2;15)	668,000	-2,1961	< 0,025

Как видно из приведенной таблицы, введение анальгетиков уменьшилось в среднем на 2 дня, при использовании торакоскопического доступа. Данный факт объясняется тем, что минимизируется повреждение тканей, тем самым повреждаются меньше нервных волокон.

Таблица 2 — Показатели продолжительности дней в ОАРИТ пациентов в зависимости от вида оперативного доступа (Me [Q₂₅; Q₇₅])

Показатель	Торакотомический (n = 41)	Торакоскопический (n = 45)	U	Z	p
Продолжительность дней в ОАРИТ, дней	4 (3; 5)	4 (3; 4)	615,5	-2,6501	0,008

Из приведенной таблицы видно, что применение торакоскопического метода также уменьшает продолжительность дней в ОАРИТ в среднем на 1 день. Наименьшая продолжительность дней в ОАРИТ одинакова, в группе 1 и 2 — 2 дня, но наибольшая в группе 2 — 7 дней.

Таблица 3 — Показатели продолжительности АБ-терапии в зависимости от вида оперативного доступа (Me [Q₂₅; Q₇₅])

Показатель	Торакотомический (n = 41)	Торакоскопический (n = 45)	U	Z	p
АБ-терапия, дней	5 (4; 7)	4 (4; 5)	666	-2,2584	0,0239

Также выявлены статистически значимые ($U = 273,5$; $Z = -5,6$; $p = 0$) различия между группами по факту назначения в послеоперационном периоде наркотических анальгетиков (Sol. Promedoli 2 % — 1,0 в/м). При проведении парного теста, различия выявлены между всеми группами ($p < 0,05$).

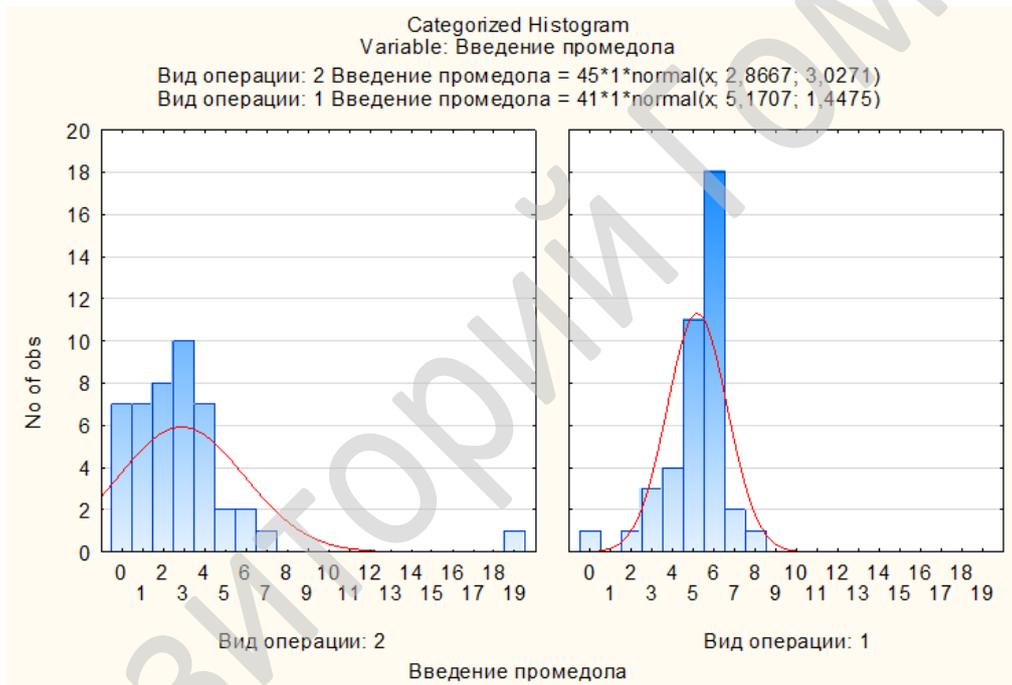


Рисунок 1 — Частота применения наркотических анальгетиков от оперативного доступа

Из графика видно, что наименьшая частота назначения наркотических анальгетиков отмечена среди пациентов 2 группы (10) исследования. Наивысшая — среди пациентов 1 группы (18).

Выводы

После проведенного статистического исследования было выявлено, что торакоскопический более щадящий чем торакотомический.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский, А. А. Хирургия грудной стенки: рук-во / А. А. Вишневский, С. С. Рудаков, Н. О. Миланов. — М.: Видар, 2005. — С. 268–286.
2. Видеотехнологии в торакальной хирургии. Национальный медико-хирургический центр ММА им. И. М. Сеченова / Ю. Л. Шевченко [и др.]. — М., 2009. — С. 28–36.
3. Трахтенберг, А. Х. Клиническая онкопульмонология / А. Х. Трахтенберг, В. И. Чиссов — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2000. — С. 266–269.