

### **Выводы**

Важным диагностическим фактором острого простатита является объем предстательной железы, который в среднем увеличивается на 58,76% и на 149,4% у пациентов младше и старше 55 лет соответственно.

Наиболее значимым показателем, отражающим увеличение объема предстательной железы, является передне-задний размер, увеличение которого у мужчин младше 55 лет составило в среднем на 87,16%, старше 55 лет – 112,63% от нормы.

Важным критерием является также и верхне-нижний размер, значительное увеличение которого наблюдается в основном у пациентов старше 55 лет, в то время как у пациентов младше 55 изменения практически не выявляются.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Острый простатит – причины, симптомы, диагностика и лечение [Электронный ресурс] – Режим доступа – [https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya\\_urology/acute-prostatitis](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_urology/acute-prostatitis) – Дата доступа 05.02.2024.
2. Острый простатит – симптомы, причины, диагностика и лечение у мужчин [Электронный ресурс] – Режим доступа – <https://klinikabudzdorov.ru/diseases/ostriy-prostatit/> – Дата доступа 05.02.2024.
3. Размеры предстательной железы: патология и норма [Электронный ресурс] – Режим доступа – <https://afalaza.ru/articles/razmery-predstatelnoy-zhelezy-patologiya-i-norma/> – Дата доступа 05.02.2024.
4. Острый простатит – симптомы, причины, диагностика и лечение [Электронный ресурс] – Режим доступа – <https://www.smclinic.ru/diseases/hronicheskiy-prostatit/> – Дата доступа 05.02.2024.
5. УЗИ простаты [Электронный ресурс] – Режим доступа – <https://spb24mrt.ru/o-klinike/stati/uzi-prostaty-cto-pokazyvaet/> – Дата доступа 05.02.2024.

**УДК 616.233-007.286-08**

**А. В. Марченко, Е. Н. Хроленко**

*Научный руководитель: старший преподаватель С. А. Семеняго*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ СПОСОБОВ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ БРОНХА ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ С РАЗВИТИЕМ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ КУЛЬТИ БРОНХА**

### **Введение**

Пневмонэктомия и резекция легких относятся к одним из самых сложных операций в торакальной хирургии. В большинстве случаев необходимость в таких операциях возникает у пациентов со злокачественными заболеваниями легких.

После пневмонэктомии и резекции легкого высок риск развития осложнений. Особое место среди них занимает несостоятельность швов культи бронха (НШКБ), приводящая к формированию бронхоплеврального свища. В послеоперационном периоде при возникновении нарушения целостности культи бронха из негерметичной культи бронха инфекция распространяется из полости бронха в плевральную полость, что приводит к возникновению послеоперационной эмпиемы плевры [3].

Наиболее часто вследствие оперативного вмешательства несостоятельность культи бронха наблюдается справа. В литературе описаны несколько причин развития этого патологического процесса. В эмбриональном периоде при развитии дыхательной системы правый главный бронх продолжается из трахеи, он шире и короче левого, получает кровоснабжение только из одной правой бронхиальной артерии, а левый главный бронх получает кровоснабжение из двух артерий. Учитывая вышесказанное, при оперативном

вмешательстве – медиастинальной лимфодиссекции – именно в правом (главном) бронхе высок риск развития нарушения кровоснабжения. Следующая причина сниженной вероятности развития НШКБ – его топографическое расположение: при пневмонэктомии культя левого главного бронха смещается в зону дуги аорты и тем самым оказывается защищена окружающими тканями средостения, в отличие от правого главного бронха. Данные анатомические особенности отразились на летальности в послеоперационном периоде [1, 2].

Описано более 200 методов закрытия культи бронха. Это свидетельствует о том, что не существует универсального метода для обработки культи бронха, обладающего простотой исполнения и позволяющего обеспечить профилактику несостоятельности швов и формирования бронхоплевральных свищей [4].

### ***Цель***

Провести сравнительную оценку способов обработки культи бронха и выявить наиболее благополучный.

### ***Материал и методы исследования***

Работа основана на данных 1 онкологического хирургического (торакального) отделения УЗ МООД, в котором с 2017 по 2022 гг., одной операционной бригадой, выполнено 67 правосторонних пневмонэктомий по поводу центральных форм рака легкого. Оценивалась частота развития видов НШКБ в зависимости от метода обработки культи бронха.

По времени возникновения различают острую, появляющуюся в первые двое суток, раннюю, диагностируемую на 3–14 сутки, и позднюю, развивающуюся спустя 15 суток после операции недостаточность бронхиальной культи. По величине дефекта выделяют I (диаметр отверстия до 0,4 см), II (0,4–1 см) и III (от 1 см до полного раскрытия бронха) степени патологического состояния. В зависимости от этиологического фактора несостоятельность ампутированного участка воздухоносного пути классифицируется как:

*Первичная.* Выявляется в течение первой недели послеоперационного периода. Связана с техническими погрешностями оперативного вмешательства, препятствующими срастанию краёв раны.

*Вторичная.* Заживающие первичным натяжением швы распадаются в результате вторичного инфицирования, внутригрудного кровотечения или распространения опухоли на культю. Обнаруживается через 1–3 недели после пневмонэктомии или резекции легкого.

В работе применялись аналитический и статистический методы. Статистическая значимость различий оценивалась с помощью критерия Хи-квадрат ( $\chi^2$ ). Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Во всех случаях пациентами были мужчины в возрасте от 39 до 77 лет. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от способа формирования культи бронха:

1 группа – метод А. И. Пирогова:

Механический танталовый шов накладывают аппаратом УО-40, дистальнее накладывают краевые восьмиобразные швы капроновой нитью. По этой методике прооперировано 18 пациентов.

2 группа – модифицированный метод Оверхольта:

Пересекают два последних хрящевых кольца бронха в средней части, не повреждая слизистой оболочки. Бронх складывают в поперечном направлении, причем перепончатую часть инвагинируют в просвет и фиксируют в этом положении, прошивая аппаратом УБ-25. Таким способом культя бронха обработана в 23 случаях.

3 группа – комбинированный метод:

Механический титановый шов накладывают аппаратом Covidien TA50. Культю бронха укрывают пластинкой Тахокомб и лоскутом перикарда на сосудистой ножке. Таких операций было 26.

НШКБ была отмечена в 10 случаях (15%) (рисунок 1).

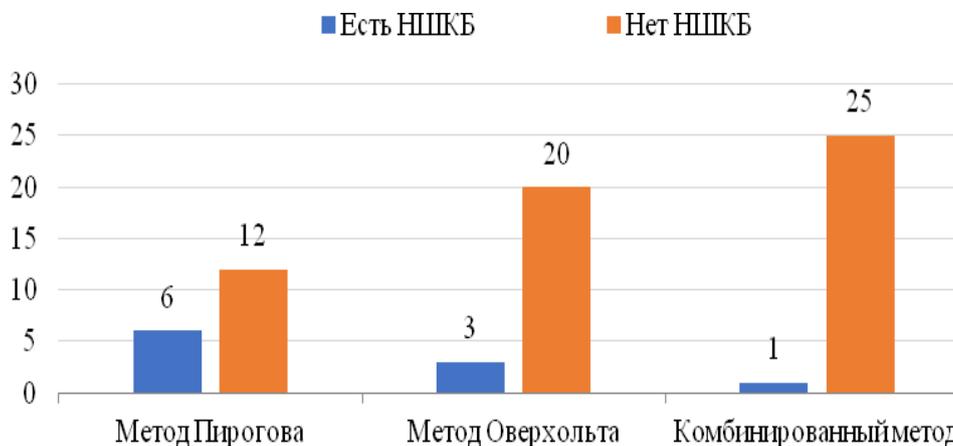


Рисунок 1 – Наличие НШКБ в зависимости от способа обработки культи бронха

Чаще несостоятельность швов культи развилась при обработке по методу А. И. Пирогова: в 6 случаях (33,3%). Причем во всех случаях свищ был первичным и полным, что привело к высокой госпитальной летальности (в 3 случаях) и увеличению длительности госпитализации.

Модифицированный метод Оверхольта сопровождался в 3 случаях (13%). Свищ был преимущественно вторичным (2 случая из 3) и всегда частичным. Госпитальной летальности не отмечалось.

При комбинированном методе обработки культи несостоятельность отмечена в 1 случае (3,8%), носила характер микрофистулы (менее 3 мм) и разрешилась консервативно без увеличения длительности госпитализации.

Комбинированный способ является наиболее благополучным (значение критерия  $\chi^2$  составляет 7,381)  $p < 0,05$ .

### Выводы

Таким образом, обработка культи бронха аппаратными методами: «типа Оверхольта» и комбинированным способом обладает достоверно более низкой частотой НШКБ по сравнению со способом А. И. Пирогова. Большая частота несостоятельности культи бронха, отмечаемая при способе Пирогова связана, как нам представляется, с:

- архаичностью аппарата УО-40, который вызывает более выраженную ишемию и не обеспечивает достаточный уровень герметизма механического шва;
- «растягивающим» действием дополнительных 8-образных швов.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биргин, С. Х. Профилактика несостоятельности культи бронха и бронхиальных свищей после резекций легких при гнойных заболеваниях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С. Х. Биргин; Пермь, 1988. – С. 26.
2. Гайдук, П. Х. Сравнительная оценка методов закрытия культи бронха при удалении легкого / П. Х. Гайдук // Грудная хирургия. – 1960. – Т. 1, № 2. – С. 68–78.
3. Методы закрытия культи бронха после анатомических резекций легких / В. В. Бармин [и др.] // Журнал им. П. А. Герцена. – 2018. – № 7 (4). – С. 58–63.
4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы, шеи, грудной клетки и органов грудной полости: учеб.-метод. пособие / М. В. Лапич [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2018. – С. 116.