

© Мільков Б.О., Яцків В.В.

УДК 616.12 + 616.24] – 089

СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЯ ТА ЛЕГЕНЬ

(за матеріалами XX з'їзду хірургів України, Тернопіль, 2002)

Б.О.Мільков, В.В.Яцків

*Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю.Полянський)
Буковинської державної медичної академії*

Хірургічне лікування ревматичних поєднаних вад серця в умовах штучного кровообігу є одним з найскладніших розділів хірургії набутої серцевої патології. З огляду на вираженість деструктивних змін клапанів серця (кальциноз, грубий фіброз стулок і підклапанних структур) часто застосовують їх заміну в зв'язку з неможливістю виконання клапанозберігальних операцій. З цією метою при імплантації в мітральну позицію застосовують кульові, напівкульові, монодисккові підкидні протези, двостулкові протези, біоклапани. При імплантації в аортальну позицію застосовують кульові, монодисккові відкидні протези, двостулкові протези, біоклапани.

За наявності трикуспідального стенозу виконують комісуротомію, яка доповнюється анулоплікацією тристулкового клапана. При відносній трикуспідальній недостатності виконують анулоплікацію тристулкового клапана (Л.Л.Ситар, В.В.Попов; Київ).

Унаслідок трансмурального інфаркту міокарда може розвинутися аневризма лівого шлуночка через оклюзійне ураження проксимальних відділів міжшлуночкової гілки лівої вінцевої артерії. Операцію з приводу постінфарктних аневризм лівого шлуночка доповнюють прямою реваскуляризацією міокарда (Ю.Л.Шевченко та ін; Москва).

Останнім часом набули розповсюдження малоінвазивні методики в кардіохірургії при уроджених вадах серця. Г.І.Ковтун та ін. (Київ) представили техніку відеоторакоскопічних та мінітрансторакальних методів лікування, які застосовуються при уроджених вадах серця у дітей.

Травматичність хірургічних втручань на органах грудної порожнини, наявність

у більшості випадків супутньої патології, що підвищує операційний ризик, зумовлюють подальший розвиток та впровадження малоінвазивних методик у торакальній хірургії. Зокрема, В.К.Гусак та ін. (Донецьк) поділилися досвідом відеоторакоскопічної симпектомії, суть якої полягає у вирізуванні ділянки симпатичного стовбура і II-III симпатичних гангліїв. Названі автори успішно використовують відеоторакоскопічну перикардектомію при ідіопатичному ексудативному перикардиті. Торакоскопічну перев'язку вушка лівого передсердя виконують у хворих на миготливу аритмію.

Радикальність, малоінвазивність відеоторакоскопічних операцій при бульозній хворобі легень дозволили, як "золотий стандарт", В.І.Десятерику та ін. (Дніпропетровськ) визначити тактику обстеження та лікування хворих зі спонтанним пневмотораксом: оглядова рентгенографія і комп'ютерна томографія органів грудної порожнини та діагностично-лікувальна відеоторакоскопія.

Значно розширились можливості лікування двобічної бульозної хвороби одномоментними операціями із застосуванням відеоторакоскопічної підтримки (А.Г.Висоцький та ін.; Донецьк). Зазначена тактика полягає у резекції бульозно зміненої легені з одного боку та відеоторакоскопічної мобілізації зміненої легені через переднє середостіння з наступною резекцією.

Оригінальну методику запропонували В.В.Яцків та ін. (Чернівці) з метою профілактики неспроможності кукси бронха за допомогою пасма великого сальника, який формують і підводять до місця пластики лапароторакоскопічно.