

Р. И. Верещако, И. А. Сухин, А. А. Пискорский, А. К. Петров

НЕ СТАНДАРТНЫЕ СИТУАЦИИ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца
Киевская клиническая больница № 3 на железнодорожном транспорте*

На рассмотрение представлены 5 редких ситуаций в торакальной хирургии. Диагностика, выбор варианта операции в таких случаях всегда индивидуальны и представляют определенные трудности из-за редкой встречаемости такой патологии. В некоторых ситуациях время на принятие решения ограничено в связи с осложненным течением заболевания, угрожающим жизни пациента. В каждом конкретном случае необходимо учитывать сложность хирургического вмешательства, общее состояние пациента, предвидеть возможные послеоперационные осложнения и пути их устранения.

1 — Многокомпонентная невринома внутригрудной локализации. Больной Е., 36 лет госпитализирован в плановом порядке. При рентгенографии грудной клетки в поликлинике была выявлена опухоль правого гемитракса. Выполнено дополнительное обследование: КТ и МРТ органов груди и позвоночника. Диагностирована многокомпонентная невrogenная опухоль правого реберно-позвоночного угла с распространением в грудную полость, спинномозговой канал и грудную стенку. Выполнена боковая торакотомия справа и одномоментное удаление опухоли из указанных трех областей без повреждения ее капсулы.

2 — Гигантский Ценкеровский дивертикул пищевода, осложненный рубцовым стенозом шейного отдела пищевода. Больной Д., 82 лет поступил в плановом порядке с жалобами на многолетнюю прогрессирующую дисфагию. В последнее время может глотать только жидкость. Выполнено: эзофагография, фиброэзофагоскопия. Диагностирован гигантский Ценкеровский дивертикул с рубцовым стенозом пищевода дистальнее устья дивертикула. Выполнен новый вариант

дивертикулэктомии в сочетании с пластикой суженного сегмента пищевода с использованием стенки дивертикула.

3 — Меланома грудного отдела пищевода, осложненная кровотечением. Пациентка Л., 65 лет обратилась в клинику с жалобами на дисфагию (не проходит плотная пища), слабость, мелену. Выполнено: КТ ОГП и ОБП, фиброэзофагоскопия. Диагностирована кровоточащая опухоль среднегрудного отдела пищевода. Произведена торакотомия справа, эзофаготомия, удаление опухоли пищевода на ножке с восстановлением пищевода.

4 — Гигантская левосторонняя травматическая диафрагмальная грыжа. Пациент П., 32 лет, страдающий детским церебральным параличом, поступил в клинику по направлению из областной больницы с предварительным диагнозом: эмпиема плевры справа. При обследовании выявлена диафрагмальная грыжа слева. В левой плевральной полости находились: тонкий кишечник, толстый кишечник, селезенка, большой сальник, часть желудка. Выполнена торакотомия слева, низведение органов живота в брюшную полость, пластика дефекта диафрагмы.

5 — Рак грудного отдела трахеи, осложненный кровотечением. Пациент К., 65 лет поступил в клинику с угрозой асфиксии обусловленной злокачественной опухолью трахеи, занимающей $\frac{3}{4}$ ее просвета. На вторые сутки после госпитализации развилось кровотечение из опухоли. В экстренном порядке выполнена стернотомия, резекция грудного отдела трахеи с анастомозом.

Все пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны из клиники. Находятся под наблюдением.