

ние операции. Так, стоимость только расходных материалов для выполнения видеоторакоскопической нижней лобэктомии справа с эндоскопическим аппаратным лигированием элементов корня лёгкого обойдётся клинике на сегодняшний день примерно в 5 млн. белорусских рублей, а верхняя лобэктомия справа — примерно в 7 миллионов белорусских рублей.

Цель работы. Внедрить видеоассистированные анатомические резекции лёгких из мини-доступа без использования дорогостоящих эндоскопических артикуляционных сшивающих аппаратов.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы с 2013 года внедрены видеоторакоскопические анатомические резекции легких. Выполнено 15 видеоассистированных (ВАТС) лобэктомий с односторонней интубацией контрлатерального лёгкого. По ходу операции в VI межреберье по средней подмышечной линии вводили торакопорт 10 мм для оптики. Торакопорт 10 мм в 5 или 6 межреберье (в зависимости от уровня лобэктомии) по средней ключичной линии для манипулятора и аппарата LigaSure-Atlas. Боковую миниторакотомию 6 – 8 см выполняли проекционно зоны предполагаемого максимального операционного воздействия, чаще в V или IV межреберьях.

Выделение элементов корня доли выполняли инструментами с удлинёнными браншами под видео- и прямым визуальным контролем. Для обработки сосудистых структур использовали экстракорпоральную технику завязывания узла узловым толкателем 5 мм фирмы Richard Wolf. Разделение легочной паренхимы производили аппаратом LigaSure-Atlas с последующей обязательной плевризацией линии коагуляционного шва узловыми швами. Бронх прошивали аппаратом МАРТ № 40. Обязательным по окончании операции являлась проводниковая анестезия по задействованному и соседним межреберьям.

Результаты и обсуждения. Было прооперировано 6 мужчин и 9 женщин. Средний возраст 46,7 лет. С использованием миниторакотомного доступа трём больным выполнена нижняя лобэктомия справа, по два случая – верхняя лобэктомия слева и справа, пяти пациентам – средняя лобэктомия, трём – нижняя лобэктомия слева. В трех случаях по результатам экспресс-биопсии выявлен рак, что в одном случае слева и в двух справа потребовало выполнения медиастинальной лимфодиссекции.

Длительность вмешательства составила 120-150 мин, интраоперационная кровопотеря в 150-250 мл. Эксудация из плевральной полости была незначительной и не превышала при стабильном гемо-пневмостазе в послеоперационном периоде 60-100 мл за сутки. Это позволило во всех случаях удалить плевральные дренажи на 2 сутки после операции. Длительность стационарного лечения составила 7-9 дней. Летальных исходов не было.

У всех пациентов в после операции отмечена незначительная интенсивность болевого синдрома, что позволило уже с первых суток отказаться от наркотических анальгетиков, а с третьих – перейти на обезболивание «по требованию» с последующей полной отменой на 4-5 сутки. Низкий уровень болевого синдрома позволил активизировать пациентов с первых суток после вмешательства, что качественно отразилось на количестве и длительности течения послеоперационных легочных осложнений.

Рентгенологические признаки послеоперационной пневмонии констатированы у 4 пациентов. Пяти пациентам из-за стойкого болевого симптома потребовалось

**Карпицкий А.С., Боуфалик Р.И., Журбенко Г.А.,
Вакулич Д.С., Игнатюк А. Н., Панько С.В.**

УЗ «Брестская областная больница»,
г. Брест, Беларусь.

ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ.

Актуальность. Современная, высокотехнологичная торакальная хирургия – это всё более широкое внедрение эндоскопических, малоинвазивных, высокотехнологичных методик лечения. И если диагностические видеоторакоскопические вмешательства, видеоассистированные атипичные резекции лёгких выполняются повсеместно, то торакалоскопические анатомические резекции лёгких, особенно расширенные лимфодиссекцией выполняются реже. И связано это как со сложностью вмешательства, так и с финансовыми затратами на выполне-

введение наркотических анальгетиков в течение 4-6 дней после операции. В трёх случаях после операции имел место нестабильный пневмостаз, потребовавший ведения плевральных дренажей на активной аспирации в течение 3-7 дней. Повторных операций у представленной группы пациентов не было.

Выводы. Видеоассистированные анатомические резекции лёгких из миниторакотомного доступа без использования дорогостоящих эндоскопических сшивающих аппаратов технически выполнимы. Благоприятное течение послеоперационного периода позволяет при достаточном опыте более широко внедрять лобэктомии из минидоступа в клиническую практику.