

инструментами. С целью минимизации операционной травмы D. Gonzales-Rivas et al. (2014) предложили проводить видеоторакоскопические вмешательства через один порт.

Целью нашего исследования явилось совершенствование методики видеоторакоскопического вмешательства при спонтанном пневмотораксе.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 2004 по 2014 гг. находилось 432 больных пневмотораксом: мужчин - 379 (86,88%), женщин - 53 (13,12%), проходивших стационарное лечение в торакальном отделении 1-й клиники хирургических болезней Гродненского государственного медицинского университета на базе Гродненской областной клинической больницы. Средний возраст больных равнялся $43,1 \pm 0,5$ года. Для лечения пациентов с пневмотораксом применялись консервативные методы, пункция, дренирование, торакотомия и видеоторакоскопия. Консервативной тактике лечения (наблюдение и симптоматическое лечение) были подвергнуты 65 (14,6%) пациентов. Трансторакальная пункция выполнялась в 51 (12,2%) случае, трансторакальное дренирование - в 239 (54,6%), торакотомия - в 1 (0,4%), видеоторакоскопия у 81 (18,2%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Показаниями к видеоторакоскопическому вмешательству при спонтанном пневмотораксе явились: неэффективность пункционной аспирации или дренирования в течение 48-72 час, рецидив пневмоторакса. Видеоторакоскопическое вмешательство осуществлялось по модифицированной нами методике. После формирования двух портов для видеокамеры (5-6 межреберье) и манипулятора (4 межреберье) проводилась ревизия плевральной полости. Буллы диаметром до 2 см. коагулировались, буллы большего диаметра резецировались с ушиванием ткани лёгкого аппаратным швом. Важным этапом видеоторакоскопического вмешательства при пневмотораксе являлось выполнение по собственной методике механически-коагуляционного плевродеза (патент на изобретение № а20040288 — 2004.04.01. «Способ коагуляционного и механического плевродеза при видеоторакоскопических операциях»). У двух пациентов применена методика доступа к патологическому очагу через один порт. Вместо формирования двух портов для видеокамеры (5-6 межреберье) и манипулятора (4 межреберье) использован один порт 3,5-4 см. в 4 межреберье по среднеподмышечной линии, который позволил в полном объёме выполнить весь лечебный алгоритм, изложенный выше. После вмешательства гемиторакс дренировался одним дренажем через торакопорт. В послеоперационном периоде дренаж работал в режиме активной аспирации при разряжении в 20 см. вод. ст. в течение 18 часов. Длительность пребывания больных в стационаре после видеоторакоскопических вмешательств составила $6 \pm 1,3$ дней, при трансторакальном дренировании - $14 \pm 0,40$ дней, при пункции - $15 \pm 0,50$ дней, при торакотомии - $28 \pm 0,40$ дней.

Выводы. Видеоторакоскопические вмешательства по предложенной методике характеризуются малой травматичностью и кровопотерей, уменьшением сроков стационарного лечения пациентов. Видеоторакоскопические вмешательства при спонтанном пневмотораксе являются эффективными, сопровождаются меньшими нарушениями функции органов грудной полости в послеоперационном периоде и уменьшением риска рецидивов. Совершенствование методик видеоторакоскопических вмешательств с применением современного эндоско-

Батвинков Н.И.¹, Сушко А.А.¹, Олейник А.О.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Гродно, Беларусь

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА.

Введение. Значимой проблемой в торакальной хирургии остается совершенствование методов лечения спонтанного пневмоторакса. Практическая актуальность дальнейшего совершенствования хирургического лечения обусловлена распространенностью этой патологии, возможностью рецидивирования и развития осложнений. Эндоскопическая хирургия спонтанного пневмоторакса прошла сложный путь развития. P.C. Bertrand et al. (1999) показали, что резекцию буллезно-измененных участков легкого следует дополнять париетальной плевральной абразией. В целях ликвидации причин пневмоторакса и профилактики последующих рецидивов заболевания Ю.И. Галлингер и соавт. (1995) предложили выполнять электрокоагуляцию булл и участков плевры. Общеизвестно, что при видеоторакоскопии правильно выбранный доступ во многом определяет объем визуализации и манипуляций

пического оборудования в лечении спонтанного пневмоторакса предупреждает возникновение осложнений. Выполнение видеоторакоскопических вмешательств при спонтанном пневмотораксе через один порт позволяет получить достаточный хирургический доступ для выполнения малоинвазивных хирургических манипуляций.