

**Штейн А.Л., Маскевич В.Н., Каратыш М.И.,
Скобелев П.Е, Карпуть Е.С.**

УЗ «Минский областной противотуберкулезный
диспансер» г. Минск Беларусь

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ЛЕГКОГО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

Введение. Видеоторакоскопические и видеоассистированные анатомические резекции легких в настоящее время являются наиболее динамично развивающимся разделом современной малоинвазивной торакальной хирургии. Низкая травматичность, короткие сроки послеоперационной реабилитации, существенное сокращение сроков госпитализации привлекают к видеоассистированным резекциям легких внимание большого количества торакальных хирургов.

Цель. Оценить первый опыт применения видеоассистированных анатомических резекций легкого при хронических неспецифических заболеваниях.

Материалы и методы. За 2012-2014г.г. в отделении торакальной хирургии видеоассистированные анатомические резекции легких выполнены 14 пациентам с различными хроническими заболеваниями (бронхоэктатическая болезнь, солитарные кисты легких, кистозная гипоплазия). Преобладали лица женского пола в возрасте от 20 до 40 лет. Диагноз и показания к операции устанавливались на основании клиничко-anamnestических данных, результатах рентгенологического и комплексного бронхологического обследования, КТ органов грудной клетки. У 11 пациентов патологический процесс локализовывался в нижних долях, у 2 в верхней доле справа, у 1 в язычковых сегментах. Соответственно нижняя лобэктомия слева выполнена у 8 пациентов, нижняя лобэктомия справа у 3 пациентов, верхняя лобэктомия справа у 2, резекция язычковых сегментов у 1 пациента. Операции проводились под общим комбинированным наркозом с отдельной интубацией бронхов и отключением оперируемого легкого на основных этапах операции. Доступ осуществлялся путем введения 1-2 торакопортов(10-12мм) в 6-7 межреберьях по передне - и заднеподмышечной линиям в сочетании с боковой мини-торакотомией длиной 5-7см в 4-5 межреберье без пересечения широчайшей и большой грудной мышцы. При выделении легкого использовался как торакоскопический инструментарий, так и инструменты, применяемые при обычной торакотомии. Раздельная обра-

ботка сосудов корня производилась лигатурным способом у 4 пациентов, у остальных при помощи аппарата УКСН. Для прошивания бронха применялся аппарат УБ25. Культия бронха после плевризации обрабатывалась фибринным латексным клеем. Плевральная полость дренировалась двумя дренажами.

Результаты и обсуждение. Время операции составляло от 2 до 5 часов (в среднем 3,5 часа). Кровопотеря в среднем 175мл. Конверсия в торакотомию выполнена у 2 пациентов в связи с выраженным спаечным процессом. Послеоперационный период характеризовался меньшим болевым синдромом, ранней активизацией пациентов. Дренажные трубки удалялись на 2-4 сутки. У 1 пациента отмечалось замедленное расправление легкого после верхней лобэктомии. Послеоперационной летальности не было. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 12,3 суток

Выводы.

1. Видеоассистированные анатомические резекции легких вполне применимы при ряде хронических неспецифических заболеваний органов дыхания и могут быть полноценной альтернативой классическим методам.
2. Применение мини-торакотомного доступа позволяет осуществлять полноценную пальпаторную ревизию в сомнительных случаях, использовать инструментарий и ушивающие аппараты, применяемые при открытых операциях, дает возможность быстро произвести конверсию в стандартную торакотомию при возникновении показаний.
3. Использование видеоторакоскопической техники позволяет снизить травматичность операции, интраоперационную кровопотерю, обеспечить более гладкое течение раннего послеоперационного периода.
4. Применение видеоассистированных анатомических резекций легкого у пациентов с хроническими неспецифическими заболеваниями легких позволяет повысить клиническую эффективность лечения, снизить продолжительность стационарного лечения и его стоимость.