

Пациент Б., 52 лет, поступил в ЦРБ с болями в животе, клиникой спаечной кишечной непроходимости, которая разрешилась консервативными мероприятиями в течение первых суток. На 7-е сутки внезапно появились боли в грудной клетке слева, одышка. Диагностирован напряжённый пневмоторакс слева. Дренирована левая плевральная полость, получены воздух и около 1,9 литра серозно-геморрагического экссудата. На контрольной Rtg ОГК-в наддиафрагмальном отделе ограниченное затенение с горизонтальным уровнем жидкости, лёгкое расправилось. Операция: торакотомия слева, ушивание перфорации ободочной кишки, дефекта в заднем скате диафрагмы, санация плевральной полости, декорткация лёгкого. В анамнезе лечение по поводу закрытой травмы грудной клетки в результате ДТП 30 лет назад.

Выводы. Профилактикой образования посттравматических диафрагмальных грыж является своевременно выполненное адекватное по объёму оперативное лечение при травмах. Определяющее значение в диагностике ущемлённых диафрагмальных грыж имеет сопоставление анамнестических, клинических и рентгенологических данных. При лечении этой патологии необходимы навыки вмешательств на органах грудной клетки, брюшной полости, тщательная оценка интраоперационной ситуации.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ. ОПЫТ ГУ «РНЦ ПУЛЬМОНОЛОГИИ И ФТИЗИАТРИИ»

Котович Д. С., Голайдо М. М., Горенок Д. И., Зозуля П. И.,
Петров В. Н.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр пульмонологии и фтизиатрии», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Видеоторакоскопический доступ (VATS) при выполнении анатомических резекций легких является предпочтительным и используется в качестве рутинного в ведущих торакальных клиниках мира. Многочисленные

исследования доказали клинические и экономические преимущества малоинвазивных методик за счет значительного уменьшения болевого синдрома, сокращения количества дней пребывания пациента в стационаре, лучшего реабилитационного потенциала и косметического эффекта. Причем внедрение современных сшивающих аппаратов и эндоскопического инструментария позволяет выполнять резекционные оперативные вмешательства на легких безопасно, с соблюдением всех онкологических и инфекционных принципов и требований. На базе отделения торакальной хирургии ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2018 г. впервые начали выполняться анатомические резекции легких с применением VATS.

Цель: презентовать начальный опыт выполнения видеоторакоскопических анатомических резекций легких у пациентов с разной патологией органов дыхания на базе ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии».

Материал и методы. За период с марта по июль 2018 г. на базе торакального отделения выполнено 15 видеоторакоскопических анатомических резекций легких. Среди оперируемых пациентов мужчин – 10, медиана возраста пациентов – 38,5 (минимум – 18; максимум – 72) года. Для выполнения хирургических вмешательств использовались видеостойка производства компании Richard Wolf GmbH (Германия), стандартный инструментарий для видеотрансторакоскопической хирургии производства Richard Wolf GmbH и Aescular Inc. (Германия), сшивающие аппараты компаний Covidien plc. (США) и Ethicon, Inc. (США), мягкие кольца-ретракторы Grena Ltd. (Великобритания).

Результаты и обсуждение. Все пациенты исследуемой группы направлены в торакальное отделение с наличием округлых образований неуточненной этиологии, либо с локальными формами туберкулеза легких с неудачей противотуберкулезной химиотерапии. В случае вмешательств по поводу округлых образований выполнялась интраоперационная экспресс-биопсия патологического очага с целью уточнения объема хирургического вмешательства.

Видеоторакоскопические лобэктомии выполнены в 7 случаях, сегментэктомии – в 8 случаях. В одном случае при

экспресс-биопсии патологического очага после сегментэктомии выявлена злокачественная нейроэндокринная опухоль, выполнена завершающая лобэктомия с медиастинальной лимфодиссекцией.

По результатам морфологических и микробиологических исследований биологического материала в 10 случаях оперативные вмешательства выполнялись по поводу туберкулеза, в 4 случаях по поводу злокачественных поражений легких (первичный рак – 3 случая, прогрессирование рака яичника – 1 случай). У одного пациента выявлена поствоспалительная псевдоопухоль.

Интраоперационные осложнения: кровотечения из сегментарных артерий – в 2-х случаях, клипированы эндоскопически, в одном случае отмечено заклинивание сшивающего аппарата. Средний объем кровопотери – 258,9 мл (минимум – 75; максимум – 600 мл). Других осложнений по ходу операций не было, конверсии (торакотомии) не выполнялись. Средняя длительность операции – 236 минут. Среднее количество используемых по ходу операции кассет эндостеплеров – 5.

В структуре послеоперационных осложнений отмечен нестабильный аэрозаст в 3 случаях (выполнялся химический плевродез с инстилляцией в плевральную полость йодсодержащих антисептиков), в одном случае отмечена остаточная полость на вершине правого легкого после выполнения S1+2-сегментэктомии справа по поводу туберкулеза, а также в одном случае отмечено нагноение послеоперационной раны, выполнено наложение вторичных швов. Летальных исходов не было. Средняя длительность стояния дренажей – 8,3 суток.

Выводы. Первый опыт ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» свидетельствует, что применение видеоэндоскопического доступа при выполнении анатомических резекций легкого является современной и безопасной альтернативой классическим открытым оперативным вмешательствам при наличии локальных патологических процессов в легких разной этиологии.