

# ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ЛОБЭКТОМИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Сушко А. А., Можейко М. А., Могилевец Э. В.,  
Олейник А. О., Куль С. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Республика Беларусь  
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,  
г. Гродно, Республика Беларусь

**Введение.** Видеоторакоскопия, или VATS (video-assisted thoracoscopic surgery) появилась как продолжение традиционной торакоскопии в конце восьмидесятых годов XX столетия. И если сначала метод использовался как диагностическое инвазивное вмешательство, то последние двадцать лет это высокоэффективный метод хирургического лечения пациентов с торакальной патологией и онкопатологией лёгких. Первая видеоассистированная лобэктомия выполнена в 1991 г. Roviario по методике миниторакотомии с видеоассистированием, а Walker в 1993 г. первым описал видеоэндоскопическую технику подобного вмешательства. Однако применение высокотехнологичных эндоинструментов и сшивающих аппаратов увеличивает стоимость хирургического вмешательства, что ограничивает широкое внедрение видеоассистированной лобэктомии в клинической практике.

**Цель:** изучить возможности видеоассистированной лобэктомии в лечении периферических образований лёгких и оценить результаты её использования.

**Материал и методы.** В клинике 1-й кафедры хирургических болезней Гродненского медицинского университета на базе торакального отделения Гродненской областной клинической больницы видеоассистированные лобэктомии внедрены в 2005 г., когда в клинике были приобретены эндостеплеры “Autosuture-30”, были выполнены 2 средних лобэктомии. С 2015 по 2018 гг. с помощью эндостеплеров БелЛЭСА-30 выполнено 11 видеоассистированных лобэктомий у пациентов с периферическими новообразованиями лёгких. Из них 11

пациентов были мужчины и 2 женщины. Средний возраст составлял  $44,2 \pm 2,3$  года.

**Результаты и обсуждение.** Диагностика периферических образований в лёгких основывалась на клинических, лабораторных, рентгенологических и ультразвуковых исследованиях. Всем 13 (100%) пациентам выполнялась многосрезовая компьютерная томография, у 3 (23%) пациентов - с контрастным усилением и у 1 (8%) пациента - МРТ-исследование.

Справа выполнено 4 верхних и 5 средних лобэктомий, слева – 1 верхняя и 3 нижних лобэктомий.

Основные условия выполнения VATS лобэктомии, это: ориентация хирургов на экран монитора, не расширение межреберья, отдельная обработка вен, артерий, бронхов доли и, в случаях злокачественного процесса, лимфодиссекция средостения. Чаще всего использовались от одного до трёх торакопортов. Основной доступ 3-4 см между передней и среднеподмышечной линиями в 5 межреберье. Второй и третий (или только второй) торакопорты формировались в 7-8 межреберьях от задней до передней подмышечных линий. В шести случаях нами использовался один доступ (uniportal). При нарушении данной схемы торакопортов выше возникали топографические коллизии, связанные со структурами, расположенными за сосудами, ниже – с камерой (т.н. fencin). Преимущества доступа uniportal – это лучшая визуализация операционного поля и лучший угол операционного действия, напоминающий торакотомный, меньший травматизм грудной стенки, т.к. послеоперационная боль локализуется в основном в местах формирования нижних торакопортов.

Интраоперационное осложнение у одного пациента (8%), связанное с врастанием опухоли в артерию 6 сегмента и последовавшим кровотечением из неё, потребовало конверсии и открытого гемостаза. У двух (16%) послеоперационных пациентов отмечалась боль в ранах после формирования нижних торакопортов. Интра- и послеоперационной летальности в данной группе пациентов не отмечено.

**Выводы.** Применение видеоассистированной лобэктомии в клинической практике – новое большое достижение последних лет в мировой торакальной хирургии.

Дальнейшее использование видеоассистированной лобэктомии в клинической практике и увеличение количества данного типа операций является необходимым условием совершенствования VATS вмешательств в специализированных клиниках.

Сотни опубликованных исследований в мировых специализированных источниках подтверждают безопасность метода, пользу для пациента, вытекающие из меньшей операционной травмы, равнозначные, а временами лучшие отдалённые результаты по сравнению с открытыми оперативными вмешательствами.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЕРНИСТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА**

Татур А. А., Седун В. В., Стахиевич В. А., Минько Е. И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
г. Минск, Республика Беларусь

УЗ «10 ГКБ», г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Зернистоклеточная опухоль (опухоль Абрикосова) относится к редким новообразованиям желудочно-кишечного тракта. Встречается в 6% случаях, как правило, протекает бессимптомно и является случайной находкой при проведении эзофагогастродуоденоскопии. По данным литературы, зернистоклеточная опухоль малигнизируется в 2-4% случаев, причем описаны случаи малигнизации опухоли размером менее 10 мм. Традиционное лечение – хирургическая резекция – травматична. Альтернативным безопасным и малоинвазивным методом является эндоскопическое удаление. Петлевая электроэксцизия, учитывая отсутствие ножки и глубину