

ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ ИЗ МИНИТОРАКОТОМНОГО ДОСТУПА

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

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

Актуальность. Современная тенденция в развитии хирургии, в том числе торакальной, это всё более широкое внедрение эндоскопических, малоинвазивных методик лечения [1]. И если диагностические видеоторакоскопические вмешательства, видеоассистированные атипичные резекции лёгких повсеместно находят всё большее применение [2], то торакоскопические анатомические резекции лёгких, особенно с лимфодиссекцией при онкопатологии выполняются гораздо реже. Связано это как с технической сложностью вмешательства, так и с финансовыми затратами на выполнение операции. Так, стоимость только расходных материалов для выполнения видеоторакоскопической нижней лобэктомии справа с эндоскопическим аппаратным лигированием сосудов и нижнедолевого бронха обойдётся клинике на сегодняшний день примерно в 4,5 млн. белорусских рублей, а верхняя лобэктомия справа — в 6,5 миллионов белорусских рублей.

Цель работы. Выполнение видеоассистированных анатомических резекций лёгких с миниторакотомного доступа без использования дорогостоящих эндоскопических артикуляционных сшивающих аппаратов.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы с 2012 года внедрены анатомические резекции легкого из миниторакотомного доступа с видеоторакоскопической поддержкой. Выполнено 7 видеоассистированных (ВАТС) лобэктомий под общей анестезией с одноплеменной интубацией в сочетании с высокочастотной вентилиацией оперируемого легкого. Вначале операции в шестом межреберье по средней подмышечной линии вводили торакопорт 10 мм для оптики. Далее под видеоконтролем выполняли боковую миниторакотомию проекционно к зоне максимального

операционного воздействия. Длина разреза колебалась от 6 до 8 см в зависимости от выраженности подкожно-жирового слоя пациента. Дополнительно вводили торакопорт 10 мм в 5 или 6 межреберье (в зависимости от уровня лобэктомии) по средней ключичной линии для манипулятора или аппарата LigaSure-Atlas. В трёх случаях был использован торакопорт 5 мм в 4 межреберье по задней подмышечной линии для тракции удаляемой доли.

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 атравматичной нитью. Бронх прошивали аппаратом MART № 40, заведенным через миниторакотомный разрез. Обязательным по окончании операции являлась проводниковая анестезия раствором бупивакаина по задействованному и соседним межреберьям.

Результаты и обсуждения. Среди прооперированных пациентов было 2 мужчин и 5 женщин. Средний возраст составил 46,7 лет. С использованием миниторакотомного доступа двум больным выполнена нижняя лобэктомия справа, по одному случаю – верхняя лобэктомия слева и справа, двум больным – средняя лобэктомия и одному пациенту – нижняя лобэктомия слева. В трех случаях по результатам экспресс-биопсии выявлены злокачественные клетки, что в одном случае слева и в двух справа потребовало выполнения медиастинальной лимфодиссекции.

По сравнению с традиционной открытой методикой длительность вмешательства увеличилась до 120-150 мин. Интраоперационная кровопотеря не отличалась от таковой при открытых операциях и составила 150-250 мл. В то же время экссудация из плевральной полости была незначительной и не превышала 60-100 мл в сутки при стабильном пневмостазе. Это позволило во всех случаях удалить плевральные дренажи на 2 сут-

ки после операции. Длительность стационарного лечения составила 7-9 дней. Летальных случаев не было.

На этапе апробации методики преимущество отдавали пациентам молодого и среднего возраста без предшествующих торакотомий с периферическим и предположительно доброкачественным солитарным образованием в лёгком, без рентгенологических признаков метастатического поражения медиастинальных и внутрилегочных лимфоузлов, а также с наличием сопутствующей патологии, которая может утяжелить течение послеоперационного периода.

У всех пациентов в послеоперационном периоде отмечена незначительная интенсивность болевого синдрома, что позволило уже с первых суток отказаться от наркотических анагетиков, а с третьих – перейти на обезболивание «по требованию» с последующей полной отменой на 5-6 сутки. Низкий уровень болевого синдрома позволил пациентам активизироваться с первых суток после вмешательства, что качественно отразилось на количестве, длительности течения и интенсивности послеоперационных легочных осложнений

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Перельман, М.И. Избранные актуальные вопросы торакальной хирургии. Актуальные вопросы торакальной хирургии. / М.И. Перельман // Материалы Московского международного симпозиума 10—12 мая. / Российская Академия медицинских наук; редкол.: М.И. Перельман [и др.]. — Москва, 1996. — С. 72-75.
2. Калабуха, И.А. Видеоторакоскопия в пульмонологии / И.А. Калабуха // «Здоров'я України». — Киев, 2008. — 1 июня.— С. 50-51.