

**Выводы.** ОВПЖП в практике общехирургических стационаров встречаются достаточно редко, однако в большинстве случаев связаны с развитием МЖ и требуют выполнения различных вмешательств для ее ликвидации. Наиболее часто при этом применяются стентирование холедоха и открытые операции с наложением обходных билиодигестивных анастомозов, позволяющие эффективно устранить МЖ у пациентов.

## **ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ**

*Картицкий А.С.<sup>1</sup>, Боуфалик Р.И.<sup>1</sup>, Журбенко Г.А.<sup>1</sup>, Шестюк А.М.<sup>1</sup>,  
Вакулич Д.С.<sup>1</sup>, Игнатюк А.Н.<sup>1</sup>, Глушек С.З.<sup>2</sup>, Панько С.В.<sup>2</sup>*

УЗ «Брестская областная больница», г. Брест, Беларусь<sup>1</sup>  
Университет им. Я. Кухановского, медицинский факультет, Кельце, Польша<sup>2</sup>

**Актуальность.** Современная, высокотехнологичная торакальная хирургия – это всё более широкое внедрение эндоскопических, малоинвазивных, высокотехнологичных методик лечения [1]. И если диагностические видеоторакоскопические вмешательства, видеоассистированные атипичные резекции лёгких повсеместно находят своё применение [2], то торакоскопические анатомические резекции лёгких, особенно расширенные лимфодиссекцией при раке лёгкого, выполняются реже. И связано это как со 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 элементов корня лёгкого обойдётся клинике на сегодняшний день примерно в 4,5 млн белорусских рублей (550\$), а верхняя лобэктомия справа — в 6,5 млн белорусских рублей (700\$).

**Цель работы.** Внедрить видеоассистированные анатомические резекции лёгких из миниторакотомного доступа без использования дорогостоящих эндоскопических артикуляционных сшивающих аппаратов.

**Материалы и методы.** В отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы с 2012 г. внедрены видеоторакоскопические анатомические резекции легких. Выполнено 7 видеоассистированных (ВАТС) лобэктомий с одноплеменной интубацией в сочетании с высокочастотной вентиляцией 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 предполагаемого максимального операционного воздействия. Длина мини-торакотомного разреза колебалась от 6 до 8 см. Дополнительно вводили торакопорт 10 мм в 5 или 6 межреберье (в зависимости от уровня лобэктомии) по среднеключичной линии для манипулятора или аппарата LigaSure-Atlas. В трёх случаях использован торакопорт 5 мм в 4-м 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. Обязательным по окончании операции являлась проводниковая анестезия раствором бупивакаина по задействованному и соседним межреберьям.

**Результаты и обсуждение.** Среди прооперированных пациентов было 2 мужчин и 5 женщин. Средний возраст составил 46,7 года. С использованием мини-торакотомного доступа двум больным выполнена нижняя лобэктомия справа, по одному случаю – верхняя лобэктомия слева и справа, двум пациентам – средняя лобэктомия, одному – нижняя лобэктомия слева. В трех случаях по результатам экспресс-биопсии выявлен рак, что в одном случае слева и в двух справа потребовало выполнения медиастинальной лимфодиссекции.

По сравнению с традиционной открытой методикой длительность вмешательства увеличилась и составила 120–150 минут. Интраоперационная кровопотеря в 150–250 мл не отличалась от таковой при открытых операциях. В то же время экссудация из плевральной полости была незначительной и не превышала при стабильном гемо-пневмостазе в послеоперационном периоде 60–100 мл за сутки. Это позволило во всех случаях удалить плевральные дренажи на 2 сутки после операции. Длительность стационарного лечения составила 7–9 дней. Летальных исходов 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 при наличии сопутствующей патологии, которая за счёт травматичности операции могла бы утяжелить и удлинить течение послеоперационного периода.

У всех пациентов после операции отмечена незначительная интенсивность болевого синдрома, что позволило уже с первых суток отказаться от наркотических анальгетиков, а с третьих – перейти на обезболивание «по требованию» с последующей полной отменой. 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**

1. Видеоассистированные анатомические резекции лёгких из миниторакотомного доступа без использования дорогостоящих эндоскопических сшивающих аппаратов являются технически выполнимым вмешательством.

2. 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.]. – М., 1996. – С. 72–75.

2. Калабуха, И.А. Видеоторакоскопия в пульмонологии / И.А. Калабуха // «Здоров'я України». – Киев, 2008. – 1 июня. – С. 50–51.

## **ВЛИЯНИЕ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ИЗ ЖИРОВОЙ ТКАНИ НА СИНТЕЗ КОЛЛАГЕНА ПРИ ПЛАСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

*Богдан В.Г.<sup>1</sup>, Гаин Ю.М.<sup>2</sup>, Иванова Т.Е.<sup>1</sup>, Дорох Н.Н.<sup>3</sup>, Зафранская М.М.<sup>2</sup>*

Военно-медицинский факультет УО «Белорусский государственный  
медицинский университет»,<sup>1</sup>

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»<sup>2</sup>

УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»<sup>3</sup>

Минск, Беларусь

Вынужденная необходимость нахождения инородного нерассасывающегося материала сетки в зоне пластики брюшной стенки – ведущая причина существования в этой зоне постоянной реакции воспаления, чрезмерного новообразования коллагена с формированием мощного, из-