

ТОРАКОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СЕКВЕСТРАЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Сакуов Ж.Н.¹, Дженалаев Д.Б.¹, Мустафинов Д.А.², Мамлин О.А.², Рустемов Д.З.²

¹ Корпоративный фонд «University medical center», Нур-Султан, Казахстан

² Национальный научный центр материнства и детства, Нур-Султан, Казахстан

Актуальность. Секвестрация легкого (СЛ) — редкий порок развития, который вызван комбинированным нарушением развития всех структур, образующих легкое, при этом обособленный участок легочной ткани имеет автономное кровоснабжение из аномально отходящих сосудов и представляет собой полностью эктопированную ткань, или располагается внутри функционирующей ткани легкого.

Порок развития определяют три основных признака: автономное кровоснабжение сосудом большого диаметра, аномалия развития бронхиальной генерации и порочно развитая паренхима легкого.

Основным методом лечения СЛ является хирургический — удаление патологического участка легкого. С развитием торакоскопии стало возможным выполнять многие хирургические операции на легких, избегая широкого торакального доступа, в том числе и при СЛ.

Цель. Проанализировать результаты применения торакоскопии в хирургическом лечении секвестрации легких у детей.

Материалы и методы. В ННЦМД КФ «УМС» с 2010 г. находились на лечении 7 пациентов с СЛ, в лечении которых были использованы методы эндовидеохирургии. Возраст пациентов — от 3 месяцев до 3 лет (в среднем 1,2 года).

Среди детей с СЛ внутрилегочная форма отмечена у 2 (28,6%) больных, внелегочная форма — у 5 (71,4%) пациентов. Практически во всех случаях СЛ локализовалась в нижних долях легкого и чаще — справа.

Предоперационная подготовка не отличалась от таковой при открытой операции. Проводили стандартную эндотрахеальную вентиляцию. Положение больных на спине с приподнятым боком на стороне операции. во всех случаях использовали 4 троакара: 2 троакара диаметром 3 мм для рабочих инструментов, 1 троакар диаметром 5 мм для эндоскопа и 1 троакар диаметром 10 мм для эндоклипатора диссектора и/или сшивающего аппарата. Объем оперативного вмешательства зависел от анатомического варианта порока. При внелегочной секвестрации проводилось клиппирование питающей артерии, после чего питающий сосуд пересекали и резецировали секвестрированный участок легкого.

При внутрилегочной секвестрации первым этапом клиппировали и пересекали питающую артерию. При помощи коагуляции и линейных сшивающих аппаратов выполняли атипичную резекцию патологического участка легкого ($n = 3$) или производили лобэктомия ($n = 2$). Резецированную секвестрированную часть легкого удаляли через расширенное отверстие нижнего троакара. В плевральной полости под контролем эндовидеокамеры устанавливали силиконовую дренажную трубку.

Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства при внелегочной секвестрации составила $48,7 \pm 8,7$ мин, при внутрилегочной секвестрации — $75,8 \pm 14,4$ мин. Послеоперационный период при внелегочной секвестрации в среднем длился $8,4 \pm 3,2$ сут, при внутрилегочной — $8,4 \pm 2,1$ сут.

Заключение. Анализируя наш незначительный опыт, можно отметить, что в настоящее время торакоскопические операции при СЛ могут считаться операцией выбора, так как обладают всеми преимуществами миниинвазивных вмешательств.