

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ЛОБЭКТОМИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ В КФ «УМС»

Рустемов Д.З., Дженалаев Д.Б., Оспанов М.М., Мустафинов Д.А.,
Мамлин О.А., Ольховик Ю.М., Билал Р.А., Сакуов Ж.Н., Утебалиев Р.С.

Корпоративный фонд «University Medical Center», Нур-Султан, Казахстан

Обоснование. Одним из наиболее сложных и актуальных вопросов хирургии детского возраста остается лечение врожденных и приобретенных хирургических заболеваний легких. Основным радикальным методом лечения детей с этой патологией является хирургическое вмешательство.

Цель: анализ опыта торакоскопических резекций легких.

Материалы и методы. В Корпоративном фонде «University Medical Center» за период с 2015 г. находилось на лечении 25 пациентов, которым была выполнена торакоскопическая резекция легких. Возраст пациентов варьировал от 20 дней до 9 лет. У 19 пациентов были врожденные кисты легкого, у 6 — кистоаденоматоз легких.

Предоперационная подготовка не отличалась от таковой при открытой операции. Операции проводили под общей анестезией. В 7 случаях проводилась односторонняя вентиляция с интубацией левого или правого главного бронха. В 2 случаях (у новорожденных и детей раннего возраста) использовали стандартную ИВЛ с повышением давления в плевральной полости с целью коллабирования легкого во время операции.

При торакоскопической резекции доли мы использовали принципы классической хирургии, то есть отдельно обрабатывали элементы корня легкого. После ревизии и оценки состояния легкого и плевральной полости в междолевой щели выделяли артериальные сосуды. Паренхиму легкого рассекали по линии междолевой щели при помощи коагулятора. Центральный отдел сосудов клипировали и сосуды пересекали, после предварительной обработки (аппарат Ligasure) «уходящих» концов сосудов. После пересечения артериальных сосудов удаляемую долю отводили кзади и пересекали кардиальную связку. Затем выделяли легочную вену, которую дважды перевязывали лигатурами и пересекали. Далее скелетировали бронх нижней доли и пересекали коагулятором. Культю бронха ушивали отдельными узловыми швами. После ушивания просвета культи бронха интубационную трубку поднимали в трахею и увеличивали объем дыхания. Тем самым осуществлялся контроль герметичности шва бронха и раздувание оставшихся сегментов легкого с целью оценки их вентиляции. Резецированную долю по частям удаляли через отверстие нижнего троакара, расширенное до 1,5–2 см. В плевральной полости под контролем эндовидеокамеры устанавливали силиконовую дренажную трубку.

Результаты. Анализируя наш незначительный опыт проведения торакоскопической резекции легкого, можно отметить, что: 1) использование торакоскопии позволило нам снизить травматичность оперативного вмешательства; 2) в настоящее время торакоскопическая резекция легкого может считаться операцией выбора, так как обладает всеми преимуществами миниинвазивных вмешательств и дает такие же результаты, как торакотомии.

Заключение. С развитием торакоскопии стало возможным выполнять многие хирургические операции на легких, избегая широкого торакомного доступа. Разработка инструментов малого диаметра и более совершенной оптики дало возможность детским хирургам производить анатомические резекции легких без торакотомии.

Ключевые слова: хирургия; торакоскопия; резекция; легкое; дети.