

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

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

¹ Корпоративный фонд “University Medical Center”, Нур-Султан, Республика Казахстан

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

Хирургическая коррекция врожденных и приобретенных заболеваний легких остается одной из наиболее сложных и актуальных вопросов хирургии детского возраста.

С появлением и развитием эндовидеохирургии стало возможным выполнять многие хирургические операции на легких, избегая широкого торакомного доступа.

В отделе детской хирургии КФ “УМС” ННЦМД за период с 2013 года находилось на лечении 52 пациента, которым была выполнена торакоскопическая резекция легких. Возраст пациентов варьировал от 20 дней до 11 лет. У 26 пациентов были врожденные кисты легкого, у 16 — кистаденоматоз легких, у 4 — бронхоэктатическая болезнь, у 6 — секвестрация легкого.

Предоперационная подготовка не отличалась от таковой при открытой операции. Торакоскопические операции проводили под общей анестезией, в ряде случаев дополняли эпидуральной блокадой. Если позволяло состояние и возраст больного, проводили однолегочную вентиляцию с интубацией правого или левого главного бронха. Давление, создаваемое в плевральной полости при торакоскопических операциях, составляло 4–8 мм. рт. ст.

При внелегочной секвестрации проводили клипирование питающей артерии и секвестрированный участок легкого удаляли через отверстие троакара. При внутрилегочной секвестрации вначале этапом выполняли клипирование и пересечение питающей артерии. После клипирования аномального сосуда при помощи монополярной коагуляции, аппарата Naemolock и линейных сшивающих аппаратов выполняли резекцию патологического участка легкого.

При торакоскопической резекции доли мы не отступали от классических принципов хирургии легких, так как выполняли раздельную обработку элементов корня легкого в последовательности: артерии, вена и затем бронх удаляемой доли.

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. В последнее время при пересечении крупных артериальных и венозных сосудов мы используем клипсы Hemolock, которыми можно надежно клипировать сосуды диаметром до 15 мм. Культю бронха ушивали отдельными узловыми швами. После ушивания просвета культи бронха интубационная трубка поднимали в трахею и увеличивали объем дыхания. Тем самым осуществлялся контроль герметичности шва бронха и раздувание оставшихся сегментов легкого с целью оценки их вентиляции. В плевральной полости под контролем эндовидеокамеры устанавливали силиконовую дренажную трубку.

Анализируя наш незначительный опыт проведения торакоскопических операций, можно отметить, что: 1) использование торакоскопии позволило нам снизить травматичность оперативного вмешательства; 2) в настоящее время торакоскопическая резекция легкого может считаться операцией выбора.