

СПОСОБ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ АТИПИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО

А. А. Кирилук, П. П. Шипулин, В. Е. Севергин, Е. Ю. Тронина

Одесский национальный медицинский университет,
Одесская областная клиническая больница

METHOD FOR VIDEO—ASSISTED ATYPICAL LUNG RESECTION

A. A. Kirilyuk, P. P. Shipulin, V. E. Severgin, E. Yu. Tronina

В последние годы в связи с внедрением в клиническую практику электросварочной хирургической техники стало возможным осуществлять бесшовную атипичную резекцию легкого [1]. Хотя применение электросварки паренхимы легких обеспечивает герметичный шов, при эмфиземе легких через него может просачи-

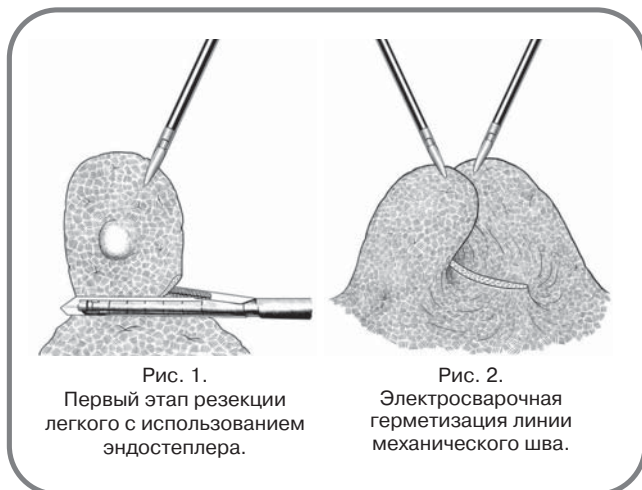


Рис. 1.
Первый этап резекции
легкого с использованием
эндостеплера.

Рис. 2.
Электросварочная
герметизация линии
механического шва.

ваться воздух, что обусловило необходимость разработки метода наложения двухрядного электросварочного шва [2]. Поскольку механический шов применяют при атипичной резекции легкого чаще, и он не всегда обеспечивает полную герметичность, нами разработана комбинированная методика наложения механического и электросварочного двухрядного шва паренхимы легких во время выполнения видеоторакоскопических операций. Операцию выполняли с использованием бокового доступа с обязательным выключением из дыхания оперируемого легкого. Для осмотра плевральной полости в шестом межреберье между задней и средней подмышечными линиями устанавливали торакопорт диаметром 10 мм, через который вводили телескопическую оптику. Далее, в зависимости от расположения па-

тологического очага, устанавливали дополнительный торакопорт диаметром 5 мм для манипуляции эндоскопическими инструментами. После окончательной ревизии в пятом межреберье выполняли минибокковую торакотомию (разрез длиной 5 — 6 см). Этот доступ использовали для пальцевой ревизии легкого, проведения манипуляций электрохирургическими инструментами либо степлерами и извлечения резецированного участка легкого. Если резекцию легкого осуществляли с помощью эндостеплера, дополнительно вводили торакопорт диаметром 12 мм в точке, удобной для проведения эндоторакальных манипуляций, и осуществляли резекцию легкого (рис. 1). При использовании линейных степлеров типа УО или УС бранши аппарата погружали через минидоступ в плевральную полость и под контролем эндоскопа резецировали патологический участок легкого. Затем осуществляли непосредственную электросварочную герметизацию механического шва. Для этого над скобочным швом захватывали 2 мм зажимами неизменную ткань легкого и сближали ее так, чтобы шов был полностью закрыт. Затем этот участок захватывали электрохирургическим зажимом и осуществляли сваривание ткани легкого (рис. 2). Для введения зажимов и электрохирургического зажима можно использовать минидоступ и один из торакопортов. Таким образом, поэтапно производили полную герметизацию скобочного шва по типу наложения второго ряда серозно—мышечных швов при резекции кишечника. Контролировали аэрогемостаз, в плевральную полость устанавливали два дренажа. На миниторакотомный разрез накладывали только мышечные швы, что было достаточно для герметизации грудной стенки.

Предложенная технология применена у 10 больных во время видеоассистированной атипичной резекции легкого. Использование метода считаем целесообразным при резекции эмфизематозно—измененного легкого, когда один механический шов не может обеспечить полную герметичность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зварювання легеневої тканини — метод нерезекційного втручання з приводу спонтанного пневмотораксу / А. В. Макаров, В. Г. Гетьман, Д. В. Мясніков [та ін.] // Клін. хірургія. — 2006. — № 7. — С. 40 — 42.
2. Shigemura N. New operative method for a giant bulla: sutureless and staples thoracoscopic surgery using the ligasure system / N. Shigemura, A. Akashi, T. Wakagari // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 2004. — Vol. 77. — P. 1415 — 1418.