

Шнитко С.Н., Пландовский В.А.

**К ВОПРОСУ О ПЕРЕХОДЕ НА
ТОРАКОТОМИЮ ПРИ
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЯХ**

/ Минск /

Одним из достижений медицины последних лет является разработка и внедрение в клиническую практику видеоторакоскопических оперативных пособий. Отличаясь малой травматичностью и высокой эффективностью данные операции во многих случаях стали альтернативными традиционным широким торакотомиям. Однако по мере расширения показаний к ним и объема этих вмешательств все чаще возникают ситуации, при которых требуется переход на торакотомию.

Свое развитие видеоторакоскопическая хирургия в Главном военном клиническом госпитале МО РБ начала с декабря 1993 года после получения базового комплекта оборудования фирмы «Карл Шторц» (Германия) и инструментов фирмы

«Этикон Эндохирургия» компании «Джонсон-и-Джонсон» (США).

К марту 1998 года мы располагаем опытом 231 видеоторакоскопического оперативного вмешательства. В 35 случаях произведены краевые резекции легочной ткани в целях морфологического исследования у больных с диффузными поражениями легких. Во всех наблюдениях удалось установить гистологический диагноз заболевания. Пациентам с синдромом Рейно с успехом выполнено 157 телевизионных торакоскопических грудных симпатэктомий. Буллезная эмфизема легких, осложненная спонтанным пневмотораксом, у 20 больных явилась показанием к видеоторакоскопическим пособиям (4 диатермокоагуляции булл в сочетании с частичной диатермокоагуляционной плеврэктомией и 16 степлерных резекций измененных сегментов легкого с апикальной плеврэктомией). У 11 пациентов произведены резекции двух сегментов верхней доли легкого по поводу туберкулемы и туберкулезной каверны, еще у 6 — удаление доброкачественных новообразований легочной ткани. Гангренозный абсцесс легкого у одного больного явился показанием к выполнению верхней лобэктомии с отдельной обработкой элементов корня доли с помощью видеоторакоскопической техники и миниторактомии длиной до 5 см. В одном случае произведено видеоторакоскопическое удаление инородного тела (металлического осколка) больших размеров из легкого после огнестрельного проникающего ранения грудной клетки.

Кроме вышеописанных наблюдений у 2 (0,9%) больных во время операции возникла необходимость перехода на торакотомию.

Одной из причин перехода на хирургическое вмешательство из более «широкого» доступа явилось глубокое расположение туберкулезной каверны и невозможность без пальпации определить границу здоровой ткани.

В другом случае при выполнении левосторонней верхней лобэктомии констатировано кровотечение из верхней легочной вены при несрабатывании отечественного сшивающего аппарата УС-20, что потребовало немедленного перехода на торакотомию и выполнения операции обычным способом.

Таким образом, видеоторакоскопические операции являются сложными вмешательствами, требующими иногда, перехода на торакотомию. Следовательно, они должны выполняться торакальными хирургами, имеющими опыт открытого оперирования на органах грудной полости и навыками манипулирования специальным инструментарием.