

БИОКЛЕЕВАЯ ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ДЕФЕКТА ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИССЕМИНИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Гомбалецкий Д.В.,² Татур А.А.,¹ Пландовский В.А.,³ Пивоварчик С.Н.³

УО «БГМУ»¹, ГУ «ЦВВК ВС РБ»², ГУ «432 ГВКМЦ ВС РБ»³, Минск

Введение. При выполнении диагностической видеоторакоскопии (ВТС) с целью верификации диагноза у пациентов с диссеминированными заболеваниями легких (ДЗЛ) и внутригрудной лимфаденопатией эксцизионную биопсию междолевого лимфатического узла чаще всего приходится производить из конгломерата. Конгломерат лимфатических узлов – это достаточно ригидное образование, поэтому после расправления легкого дефект легочной ткани, оставшийся после биопсии лимфатического узла, не спадается и возникает проблема недостаточности гемостаза, аэростаза, и лимфостаза в этой зоне. Паренхиматозное кровотечение из этой зоны достаточно надежно можно остановить точечной электрокоагуляцией. Проблема же обеспечения надежного аэростаза из зоны эксцизионной биопсии в настоящее время остается нерешенной. Учитывая, что постбиопсийный дефект легкого располагается в междолевой щели и

граничит с достаточно крупными кровеносными сосудами, широкое использование электрокоагуляции и прошивания легочной ткани в этой зоне, в условиях ВТС, может привести к их повреждению. Для герметизации дефекта легочной ткани перспективным представляется использование биологического клея «Фибриностат».

Цель. Оценить эффективность герметизации легочной ткани после ВТС биопсии междолевого лимфатического узла композиционным средством «Фибриностат».

Материал и методы исследования. В проспективном исследовании клинической серии случаев на базе 1-го хирургического отделения ГУ «432 ГВКМЦ ВС РБ» в период с 2003 по 2019 гг. видеоторакоскопическая эксцизионная биопсия лимфатического узла междолевой щели выполнена у 72 пациентов (68 мужчин и 4 женщины, средний возраст $27,7 \pm 9$ лет). В зависимости от того, применялась ли после выполнения биопсии лимфатического узла биоклеевая пломбировка образовавшегося дефекта, пациенты были разделены на 2 группы. 1-ю, основную группу ($n=42$; 40 мужчин и 2 женщины, средний возраст $27,6 \pm 9,8$ лет), составили пациенты, которым проведена биоклеевая пломбировка по разработанной нами методике. Во 2-ю, контрольную группу ($n=30$; 28 мужчин и 2 женщины, средний возраст $28,1 \pm 7,8$ лет), вошли пациенты, у которых она не проводилась. Пациенты в анализируемых группах были сопоставимы по возрасту ($U=416,5$; $p=0,508$), полу ($\chi^2=0,166$; $p=0,686$), объему ткани биоптатов лимфоузлов ($U=13,5$; $p=0,271$). Полученные результаты обрабатывались с помощью пакета прикладных программ «SPSS 20.0».

Результаты и их обсуждение. При анализе сроков наступления аэростаза в послеоперационном периоде, определяемого по прекращению поступления воздуха по дренажам, выявлено статистически достоверное ($U=296$; $p=0,007$) их укорочение до 1 [1-2] суток у пациентов основной группы по сравнению с 2 [1-3] сутками у пациентов контрольной группы. При этом сроки нахождения апикального дренажа в плевральной полости в обеих группах достоверно не отличались ($U=362,5$; $p=0,106$) и составили, соответственно, 2 [2-3] и 3 [2-3] суток. При анализе сроков достижения стабильного аэростаза установлено, что его недостаточность в течение более 5 суток была у 2,4% (1/42) пациентов основной группы и у 10% (3/30) контрольной, т.е. в 4 раза чаще ($p=0,56$). При этом в контрольной группе у 1 пациента (3,3%) воздухоистечение продолжалось более 7 суток ($p=0,403$). У пациентов обеих групп нами не выявлено достоверных различий в частоте развития экссудации ($p=0,518$), ее длительности ($U=406$; $p=0,372$) и объеме: на 1-е ($p=0,487$), 2-е ($p=0,223$) и 3-е ($p=0,437$) сутки после операции. Соответственно, сроки удаления базального дренажа в сравниваемых группах достоверно не отличались ($U=418,5$; $p=0,814$). Характерно, что у 4 пациентов контрольной группы (13,3%) послеоперационный период после извлечения дренажей осложнился развитием пневмоторакса, что потребовало выполнения редренирования плевральной полости.

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

Вывод. Разработанный и внедренный в практику способ ВТС-ой герметизации постбиопсийного дефекта легочной ткани биоклеем «Фибриностат» характеризуется простотой, атравматичностью выполнения и позволяет обеспечить надежный аэростаз у 97,6% пациентов.