

**Кондерский Н.М.<sup>1</sup>, Петухов В.И.<sup>2</sup>,  
Янковский А.И.<sup>1</sup>, Славецкая А.В.<sup>1</sup>,  
Русецкая М.О.<sup>2</sup>, Ермашкевич С.Н.<sup>2</sup>,  
Подолинский Ю.С.<sup>1</sup>, Кунцевич М.В.<sup>2</sup>,  
Лакисов П.П.<sup>3</sup>, Полонников А.В.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>УЗ «Витебская областная клиническая больница»,

<sup>2</sup>УО «Витебский государственный медицинский университет»,

<sup>3</sup>УЗ «Витебское областное клиническое патологоанатомическое бюро»,  
г. Витебск, Республика Беларусь

## РОЛЬ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ.

**Введение.** Несмотря на использование комплекса современных лабораторных и инструментальных методов исследования, этиологическая диагностика заболеваний легких и плевры нередко оказывается сложной, и иногда растягивается на несколько недель и даже месяцев. В настоящее время единственным объективным способом определения природы заболевания служит гистологическое исследование препаратов, полученных во время видеоторакоскопических вмешательств путем биопсии легких и плевры.

**Цель.** Оценить результаты торакоскопически видеоассистированных биопсий при заболеваниях легких и плевры.

**Материалы и методы.** Изучены результаты 121 торакоскопически видеоассистированной биопсии легких и плевры, выполненных на базе торакального гнойного хирургического отделения УЗ «Витебская областная клиническая больница» за период с 2012 г. по 2014 г. Показанием к операции явились диссеминированный и очаговый неуточненный процесс в легких и неуточненный гидроторакс при невозможности установить характер поражения другими методами исследования. Возраст пациентов составлял 19-77 лет, средний возраст – 46,4. Мужчин было 74 (61,2%), женщин – 47 (38,8%). Для топической диагностики зоны поражения и определения позиции торакопортов и миниторакотомии опирались на данные компьютерной томографии органов грудной клетки.

Операцию выполняли под общей анестезией с однократной искусственной вентиляцией в положении пациента на боку, противоположном стороне вмешательства, с отведенной вперед и вверх верхней конечностью на стороне операции. Количество портов варьировало от 2 до 4. Биопсия легкого производилась в объеме атипичной аппаратной резекции из зоны патологического процесса или трепанобиопсии с использованием инструмента собственной конструкции, плевры – в объеме ограниченной плеврэктомии или путем удаления отдельного очага. После контроля на гемо- и аэростаз завершали операцию дренированием плевральной полости двумя поливинилхлоридными трубками и зашиванием ран.

**Результаты и обсуждения.** По поводу поражения легких выполнено 65 биопсий, по поводу заболеваний

плевры – 30, по поводу сочетанного поражения легкого и плевры – 26.

Конверсия произведена в 6 случаях (5%). Причинами перехода к открытой операции явились: спаечный процесс в плевральной полости – 1 наблюдение; внутриплевральное кровотечение – 2; ригидное легкое, потребовавшее выполнения декорткации – 2; выполнение радикального вмешательства по поводу диагностированного рака легкого – 1. Послеоперационные осложнения развились в 4 (3,3%) случаях и были представлены: пневмотораксом у 2 пациентов, потребовавшим редренирования; плевритом – у 2, в одном случае потребовалось редренирование, во втором – торакотомия с выполнением декорткации легкого. Средняя длительность нахождения пациентов в стационаре составила 18,3 койко-дня. Летальность отсутствовала.

Результаты гистологического исследования операционного материала представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты гистологической верификации патологии легкого и плевры.

Локализация поражения	Нозологические формы							
	Туберкулез	Эпителиальное поражение	Фиброзирующий альвеолит	Поствоспалительный пневмофиброз	Неспецифическое воспаление	Саркоидоз	Уточненные прочие заболевания	Неуточненные заболевания
Легкие	10	3	9	8	6	12	15	2
Плевра	6	5	-	-	14	-	1	4
Легкие и плевра	5	7	-	-	8	4	-	2
Всего случаев	21	15	9	8	28	16	16	8
%	17,4	12,4	7,4	6,6	23	13,2	13,2	6,6

Установить точный диагноз удалось в 93,4% случаев. Затруднения возникли в следующих ситуациях: гранулематозный процесс, требующий дифференцировки между туберкулезом и саркоидозом – 6 наблюдений; процесс, требующий дифференцировать интерстициальную пневмонию и идиопатический фиброзирующий альвеолит – 1; в 1 случае было дано описательное гистологическое заключение без предположительного диагноза.

### Выводы.

1. Торакоскопически видеоассистированная биопсия легких и плевры с последующим гистологическим исследованием обладает высокой диагностической ценностью, хорошо переносится пациентами и характеризуется малым количеством осложнений.
2. Имеется ряд заболеваний со схожей гистологической картиной, что делает затруднительной верификацию конкретной нозологической формы и требует дальнейшего изучения особенностей данных заболеваний и совершенствования методов их морфологической диагностики.