



Результаты интраоперационного аэростаза при видеоторакоскопической верификации диагноза у пациентов с диссеминированными заболеваниями легких

¹Гомбалевский Д.В., ²Татур А.А.

¹ Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница», г. Минск

² Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»



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 области. Паренхиматозное кровотечение из зоны удаления лимфатического узла достаточно надежно можно остановить точечной электрокоагуляцией. Проблема же обеспечения надежного аэростаза и лимфостаза 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, 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 при ВТС биологического клея отечественного производства «Фибриностат».

ЦЕЛЬ

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективном исследовании клинической серии случаев на базе отделения торакальной хирургии и 1-го хирургического отделения ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных сил Республики Беларусь» 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.

ВЫВОД

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

