



ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ

¹Гомбалевский Д.В., ²Татур А.А.

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

² Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск



ВВЕДЕНИЕ

В Вооруженных Силах Республики Беларусь (далее – ВС РБ) первичная заболеваемость саркоидозом, по данным опубликованным в 2011 году, составила 11 на 100 тыс. человек, а в 2018 – уже 39,6 на 100 тыс. Распространенность саркоидоза в ВС РБ к 2019 году достигла 100 на 100 тыс. военнослужащих. Клинико-морфологическая диагностика различных гранулематозных процессов легкого представляет определенные трудности, особенно на начальных стадиях заболевания, что обусловлено схожими признаками клиники, а также визуальных методов исследования.

ЦЕЛЬ

Показать эффективность диагностической видеоторакоскопии в морфологической верификации саркоидоза легких.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В государственном учреждении «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных сил Республики Беларусь» в период с 1993г. по 2020г. диагностическая видеоторакоскопия (ВТС) выполнена 160 пациентам с диагнозами: «Диссеминированное заболевание легких» (далее – ДЗЛ) и/или «Бронхопульмональная лимфаденопатия» (далее – БПЛП). Диагноз устанавливался по результатам комплексного обследования, включающего клинико-лабораторные, рентгенологические, сонографические и эндоскопические методы. ВТС эксцизионная биопсия междолевого лимфатического узла произведена (рис.1) у 62 пациентов (58 мужчин и 4 женщины, средний возраст 27,7±9 лет). ВТС эксцизионная биопсия легкого выполнена у 98 пациентов (89 мужчин и 9 женщин, средний возраст 25,6±6 лет). Биопсия легкого производилась как краевая атипичная резекция с помощью различных методов: 1) сшивающими аппаратами — рис.3 (AutoSuture и EndoGia (Medtronic Covidien, USA)); 2) последовательным клипированием; 3) использованием аппаратов высокочастотной коагуляции – ультразвуковой скальпель Ethicon Endosurgery Generator 300 (Johnson&Johnson, USA), электрохирургический аппарат ARC 400 (BOWA-electronic, Germany), аппарат электрохирургический Thunderbeat ESG-400 (Olympus Medical, Germany); 4) экстра- или интракорпорального шва легкого или с помощью петли Редера. У 72 пациентов (45%) для дополнительной герметизации легочной ткани использовался биологический гель «Фибриностаг» (рис.2.4). Во время диагностической ВТС оценивали также плевральный выпот, состояние висцеральной и париетальной плевры, эластичность легочной ткани. Операцию заканчивали дренирование плевральной полости апикальным и базальными дренажами. Полученный биопсийный материал подвергался фиксации, окраске и гистологическому исследованию по общепринятым методикам. В послеоперационном периоде, кроме всего прочего, оценивали длительность воздухоистечения по дренажам, длительность и объем экссудации из плевральной полости, сроки извлечения дренажей, температурную реакцию в послеоперационном периоде, наличие или отсутствие гнойно-воспалительных осложнений.

Рис. 1

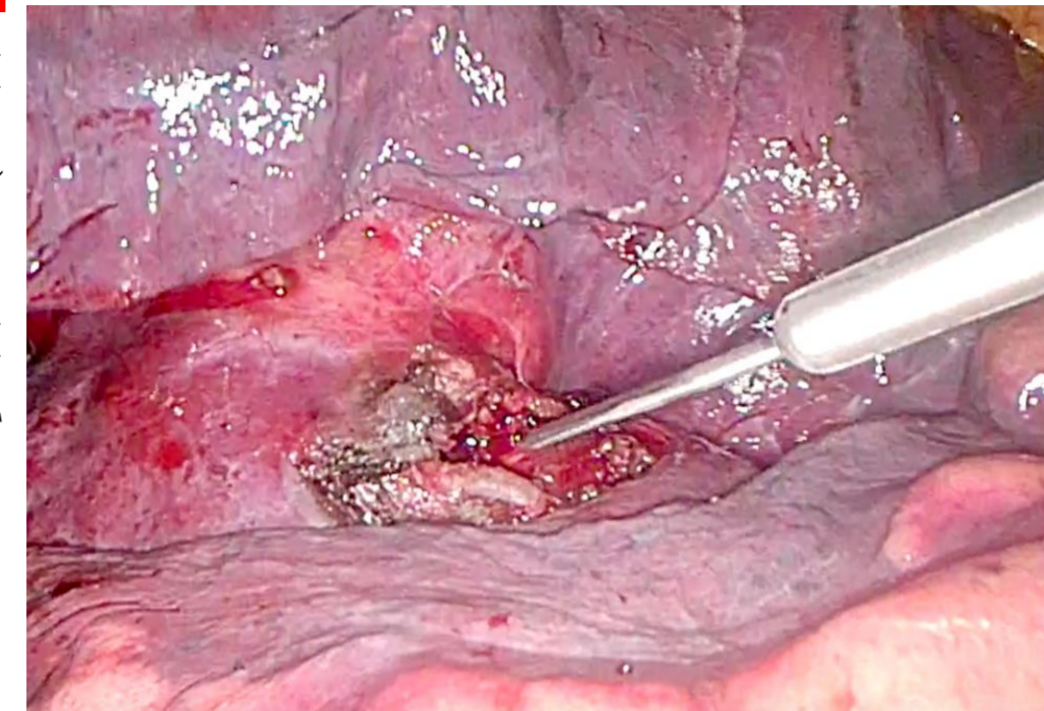


Рис. 2

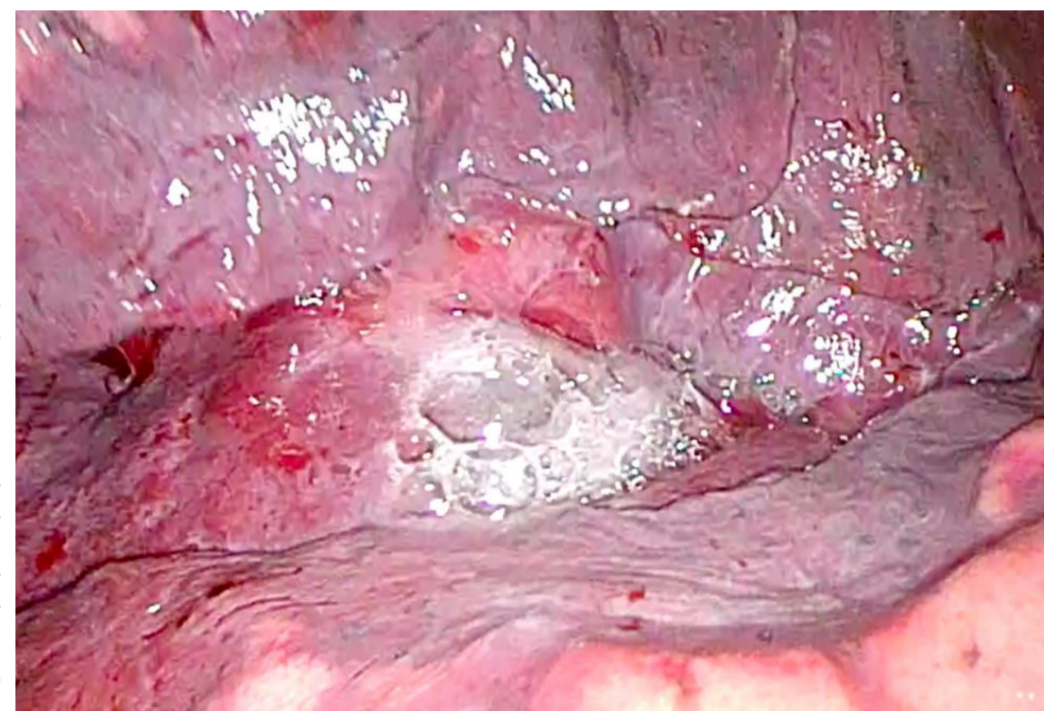


Рис. 3

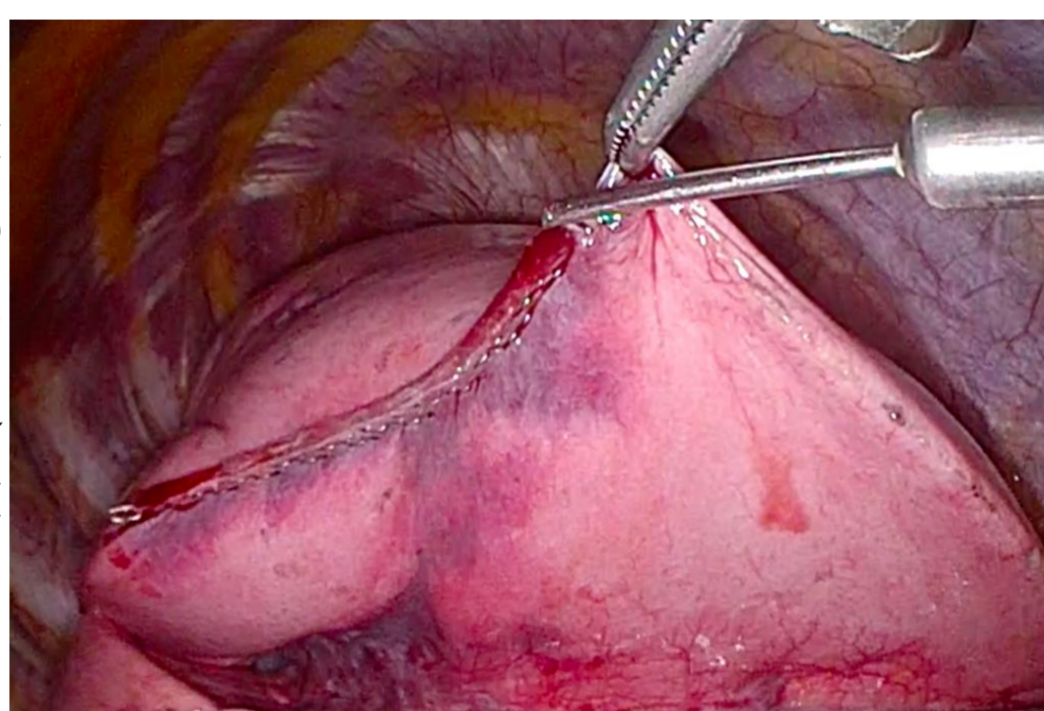
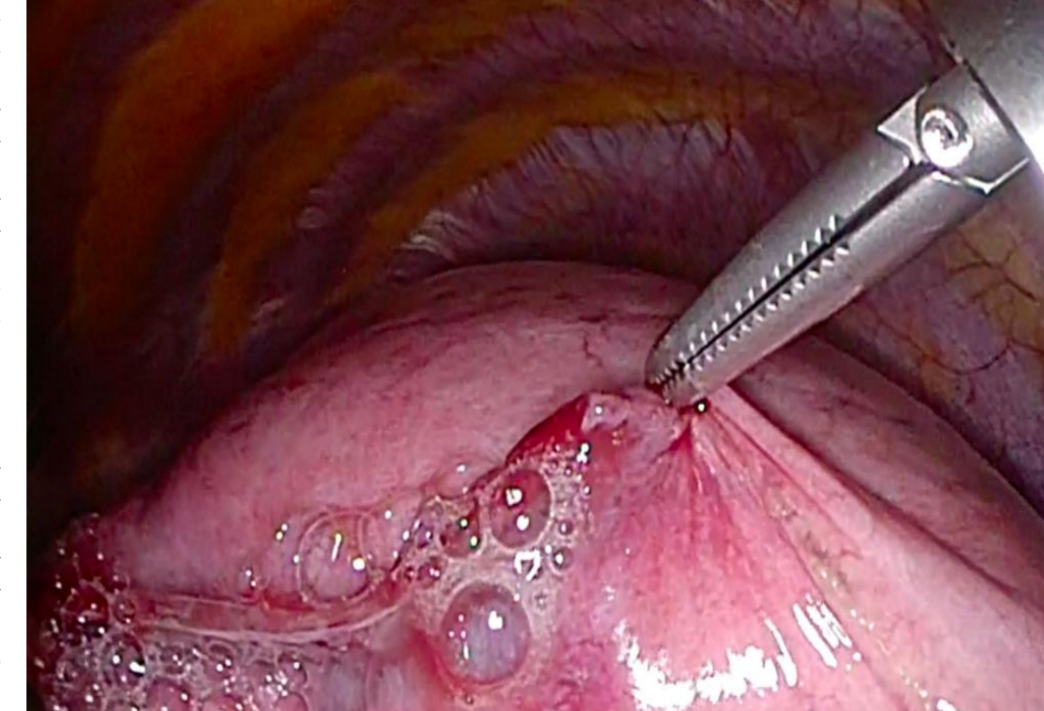


Рис. 4



РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех случаях ВТС-эксцизионной биопсии был получен материал пригодный для гистологического исследования. У 147 (91,9%) пациентов в биопсийном материале выявлен эпителиоидный гранулематозный процесс без творожистого некроза и перифокального воспаления и установлен диагноз: «Саркоидоз». В 3-х случаях (1,9%) был диагностирован туберкулезный процесс. В 1-ом случае (0,6%) установлена диссеминация злокачественной опухоли. В 1-ом случае (0,6%) патологических изменений в биопсийном материале при гистологическом исследовании выявлено не было. В остальных случаях (8 – 5,0%) выявлен пневмофиброз или хронический неспецифический воспалительный процесс. Послеоперационные осложнения возникли у 18 пациентов (11,2%) и распределились следующим образом: персистирующий пневмоторакс (12 пациентов – 7,5%), пневмогемоторакс (2 пациента – 1,2%), гемоторакс (1 пациент – 0,6%), экссудативный плеврит (3 пациента – 1,9%). Данные осложнения потребовали выполнения дополнительных оперативных вмешательств – повторного дренирования плевральной полости (13 случаев), пункции плевральной полости (2 случая), ревидеоторакоскопии (1 случай). Ревидеоторакоскопия потребовалась у пациента с длительной недостаточностью аэростаза (более 5 суток). Осложнений не наблюдалось в группе пациентов у которых ВТС эксцизионная биопсия легкого выполнена с помощью современных эндоскопических аппаратов с дополнительным укреплением линии шва биологическим гелем «Фибриностаг». Так же удалось избежать осложнений в группе пациентов у которых после ВТС эксцизионной биопсии междолевого лимфатического узла выполнена герметизация дефекта легочной ткани биологическим гелем «Фибриностаг». Методика данного метода представлена в инструкции по применению метода (регистрационный номер 019-0321 от 31.03.2021).

ВЫВОДЫ

1. ВТС является безопасным и информативным методом в диагностике ДЗЛ и получения биопсийного материала для их морфологической верификации. 2) При ВТС атипичной краевой резекции легкого с целью биопсии у пациентов с ДЗЛ предпочтение следует отдавать механическим методам аэростаза, таким как интра- или экстракорпоральный шов и применение эндоскопических сшивающих аппаратов в сочетании с дополнительной герметизацией линии шва биологическим гелем «Фибриностаг». 3) После ВТС эксцизионной биопсии междолевого лимфатического узла, при БПЛП, дефект легкого следует герметизировать биологическим гелем «Фибриностаг» с целью профилактики развития в раннем послеоперационном периоде персистирующего пневмоторакса и длительной недостаточности аэростаза.