

шейного отдела эзофагоколотрансплантата из правого фланга ободочной кишки (бордоская модификация метода Ройта) путем удлинения артериального анастомоза аутовенозной вставкой.

Выводы. Лапароскопическая ревизия сосудов ободочной кишки показана при ангиографических данных о немагистральном типе кровообращения ободочной кишки. Разработанная в клинике лапароскопическая «тренировка коллатералей» предоставила возможность через 2-3 месяца успешно выполнить одномоментную эзофагоколопластику. При короткой сосудистой ножке шейного отдела трансплантата ее удлинение аутовенозной вставкой позволило выполнить для реваскуляризации артериальный анастомоз с сосудом шеи, что дало возможность завершить загрудинную эзофагоколопластику в один этап.

БИОКЛЕЕВАЯ ПЛОМБИРОВКА ДЕФЕКТА ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ БИОПСИИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА МЕЖДОЛЕВОЙ ЩЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИССЕМНИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И БРОНХОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ

Гомбалевский Д. В.^{1,2}, Татур А. А.³,
Пландовский В. А.¹, Горустович А. Г.⁴

¹Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»

²Государственное учреждение «Центральная военно-врачебная комиссия Вооруженных Сил Республики Беларусь»

³Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

⁴Государственное учреждение «1-й военный госпиталь органов пограничной службы Республики Беларусь», г. Поставы, Республика Беларусь

Введение. При выполнении диагностической видеоторакокопии (ВТС) с целью верификации диагноза у пациентов с диссеминированными заболеваниями легких (ДЗЛ) и

внутригрудной лимфаденопатией эксцизионную биопсию лимфатического узла междолевой щели 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 пломбировки дефекта легочной ткани перспективным представляется использование при ВТС биологического клея отечественного производства «Фибриностат».

Цель: оценить эффективность пломбировки композиционным средством «Фибриностат» дефекта легочной ткани в междолевой щели после ВТС биопсии лимфатического узла.

Материал и методы исследования. 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 2018 гг. видеоторакоскопическая эксцизионная биопсия лимфатического узла междолевой щели выполнена у 62 пациентов (58 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 ($n=37$; 35 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 ($n=25$; 23 мужчины и 2 женщины, средний возраст $28,1 \pm 7,8$ года), 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 различались ($U=362,5$; $p=0,106$) 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 2,7% (1/37) пациентов основной группы и у 8% (2/25) контрольной, т.е. в 3 раза чаще ($p=0,56$). При этом в контрольной группе у 1 пациента (4%) 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-и ($p=0,437$) сутки после операции. Соответственно, сроки удаления базального дренажа в сравниваемых группах достоверно не различались ($U=418,5$; $p=0,814$). Характерно, что у 4 пациентов контрольной группы (16%) послеоперационный период после извлечения дренажей осложнился развитием пневмоторакса, что потребовало выполнения редренирования плевральной полости.

Выводы. Разработанный и внедренный в практику способ ВТС-пломбировки постбиопсийного дефекта легочной ткани отечественным биоклеем «Фибринолат» характеризуется простотой и атравматичностью выполнения, позволяет обеспечить надежный аэрозтаз у 97,3% пациентов.