

ОПЫТ БИОКЛЕЕВОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ЗОНЫ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ БИОПСИИ РАЗНЫМИ СПОСОБАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИССЕМИНИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

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. Окончательная дифференциальная диагностика различных диссеминированных заболеваний легких (ДЗЛ) может быть выполнена только при морфологическом исследовании биопсийного материала. Сегодня «золотым стандартом» получения биопсийного материала легочной ткани в хирургической пульмонологии признана видеоторакоскопическая (ВТС) атипичная краевая резекция патологически измененного легкого, при выполнении которой отмечается достаточно большая частота развития в послеоперационном (ПО) периоде недостаточности аэростаза (НА). Отсутствие первичного аэростаза требует длительного активного дренирования плевральной полости или выполнения повторного ВТС-вмешательства. Одним из способов профилактики НА после ВТС резекции легочной ткани является дополнительное укрепление линии аппаратного шва легкого различными клеевыми составами, из которых наибольшее распространение сегодня получили двухкомпонентные фибриновые клеи. Работ, посвященных изучению эффективности применения биоклеевого укрепления аппаратного шва легкого у пациентов с ДЗЛ, мало и

их результаты неоднозначны.

Цель: оценить эффективность аэростаза разных способов ВТС – их краевых резекций легких у пациентов с ДЗЛ с дополнительной биоклеевой герметизацией раны легкого «Фибриноостатом».

Материалы 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 2009 по 2018 гг. ВТС атипичная резекция легкого с целью биопсии и морфологического исследования выполнена у 35 пациентов с клинико-рентгенологическими признаками ДЗЛ. В качестве укрепления линии резекции нами использован фибриновый клей «Фибриноостат», который наносили на линию аппаратного шва легкого с помощью разработанного нами (рационализаторское предложение от 19.02.2018 г. № 1) устройства адресной доставки и аппликации двухкомпонентного биоклея. С учетом применяемых основных способов аэростаза пациенты были разделены на 4 группы: 1-я группа – лигатурные способы (n=15); 2-я группа – применение эндоскопических сшивающих аппаратов (n=11); 3-я группа – использование аппаратов высоковольтной электрокоагуляции (АВК) (n=5); 4-я группа – клипирование (n=4). Пациенты всех групп были сопоставимы по возрасту, полу и объему резецируемой легочной ткани. Полученные результаты обрабатывались с помощью «SPSS 20.0».

Результаты и их обсуждение. При анализе сроков наступления аэростаза в ПО периоде, определяемого по прекращению поступления воздуха по дренажам, выявлена тенденция ($p=0,056$) к их укорочению до 1 [1-1] суток у пациентов 4-й группы в сравнении с 1 [1-1,5] сутками у пациентов 1-й и 2-й групп.

При этом наибольшая длительность поступления воздуха по дренажам отмечена в 3-й группе и составила 2 [2-3] суток, что повлекло за собой закономерную тенденцию ($p=0,056$) к уменьшению времени нахождения апикального дренажа в

плевральной полости до 2 [2-2] суток у пациентов 4-й группы в сравнении с 2 [2-2,5] сутками у пациентов 1-й и 2-й групп. У пациентов же 3-й группы сроки извлечения апикального дренажа были наиболее длительными, составив 3 [3-4] суток. Таким образом, лучшая аэроstaticкая эффективность отмечена при механических способах аэроstaticа в сочетании с биоклеевым укреплением линии резекции без значимых отличий их между собой в сравнении с применением АВК. При использовании биоклея для укрепления линии резекции легочной ткани вне зависимости от применяемого основного способа аэроstaticа нами не отмечено длительной (свыше 5 суток) НА. Сравниваемые группы значимо не различались по срокам нормализации температуры тела и показателям общего анализа крови, а также по частоте и выраженности пирогенной реакции на извлечение дренажей. Это связано с небольшой длительностью нахождения дренажей в плевральной полости, а также отсутствием реактогенности у используемого нами биоклея «Фибриноостат». Анализ частоты возникновения послеоперационных осложнений показал, что у 1 пациента из 3-й группы послеоперационный период осложнился персистирующим пневмотораксом, что потребовало выполнения реВТС и ушивания зоны резекции с достижением аэроstaticа. Возникновение рецидива пневмоторакса у пациента 3-й группы мы связываем с несостоятельностью «коллагеновой пломбы», образующейся при использовании аппаратов высокочастотной коагуляции, которая отторгается вместе с фибриновым сгустком, образующимся после применения биоклея.

Выводы:

1. Применение «Фибриноостата» с целью биоклевого укрепления линии резекции легкого не оказывает значимого влияния на общее состояние пациента.
2. Лучшая аэроstaticкая эффективность у пациентов с ДЗЛ отмечена при механических способах аэроstaticа в сочетании с биоклеевым укреплением линии резекции без значимых различий их между собой в сравнении с применением аппаратов высокочастотной электрокоагуляции.