

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ СПОСОБОВ АЭРОСТАЗА ПРИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ БИОПСИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ 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. Видеоторакоскопическая (ВТС) атипичная резекция легкого является наиболее эффективным и информативным способом взятия биопсийного материала с целью морфологической верификации у пациентов с диссеминированными заболеваниями легких (ДЗЛ). Недостаточность аэростаза (НА) после ВТС-резекций легкого наблюдается чаще, чем при трансторакотомных вмешательствах, что обусловлено более сложной техникой как интракорпорального шва легкого, так и других эндохирургических аэростатических мероприятий. У пациентов с ДЗЛ риск развития НА увеличивается в связи с исходным состоянием легочной ткани, которая теряет эластичность, становится ригидной в связи с развитием воспалительных инфильтратов, гранулематозных и фиброзных изменений. Несмотря на значительные достижения в легочной хирургии, проблема достижения надежного первичного аэростаза после биопсии легочной ткани у пациентов с ДЗЛ и сегодня является актуальной.

Цель: оценить эффективность разных способов аэростаза

при ВТС атипичных резекциях легких у пациентов с ДЗЛ.

Материал 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 1994 по 2018 гг. ВТС атипичная резекция легкого с целью биопсии выполнена у 63 пациентов с ДЗЛ. С учетом применяемых способов аэростаза все пациенты разделены на 4 группы: 1-я группа – лигатурные способы аэростаза ($n=3$); 2-я группа – применение эндоскопических сшивающих аппаратов ($n=6$); 3-я группа – использование аппаратов высоковольтной электрокоагуляции (АВК) ($n=10$); 4-я группа – клипирование ($n=44$). Пациенты всех групп были сопоставимы по возрасту, полу и объему резецируемой легочной ткани. Полученные результаты обрабатывались с помощью пакета прикладных программ «SPSS 20.0».

Результаты и их обсуждение. При сравнении сроков наступления стабильного аэростаза выявлено их достоверное ($p=0,007$) снижение до 1 [1-1] суток у пациентов 2-й группы в сравнении с 2 [1-3] сутками, 3 [2-3] сутками, 2,5 [2-5,25] сутками у пациентов 4-й, 1-й и 3-й групп, соответственно. Указанное обстоятельство повлекло за собой закономерное достоверное ($p=0,006$) уменьшение времени нахождения апикального дренажа в плевральной полости до 2 [1,75-2] суток у пациентов 2-й группы в сравнении с 4 [3-4] сутками, 3, 5 [3-6] сутками, 3 [2-4] сутками у пациентов 1-й, 3-й и 4-й групп, соответственно. Длительная НА (свыше 5 суток) была достоверно чаще ($\chi^2=8,549$; $p=0,036$) отмечена у 40% пациентов 3-й группы и у 9,09% пациентов 4-й группы, при этом в 1-й и 2-й группах НА свыше 5 суток не отмечено. Вместе с тем, у одного пациента 3-й (10%) и трех пациентов 4-й (6,82%) групп наблюдалось поступление воздуха по дренажам ($\chi^2=0,851$; $p=0,837$) в послеоперационном периоде свыше 7 суток. Полученные у пациентов 3-й группы данные мы связываем с особенностями легочной ткани у пациентов с ДЗЛ, приводящим к тому, что образующаяся при использовании АВК «коллагеновая пломба» оказывается

несостоятельной и в ближайшем послеоперационном периоде отторгается или разрывается, что сопровождается развитием длительного воздухоистечения. У 4-х пациентов 4-й группы (9,09%) развитие длительной недостаточности аэростаза мы связываем с техническими погрешностями клипирования легочной ткани в зоне резекции и последующей миграцией клипс с зоны резекции.

Сравниваемые группы значимо не различались по срокам нормализации температуры тела и общего анализа крови, а также частоте и выраженности пирогенной реакции после извлечения дренажей, что мы связываем с небольшой длительностью нахождения последних в плевральной полости.

Анализ частоты возникновения послеоперационных осложнений показал, что имеется тенденция ($p=0,096$) к увеличению их частоты в 3-й группе (60%) в сравнении с 16,7% и 11,4% во 2-й и 4-й группах, соответственно. В 1-й группе послеоперационных осложнений не было. Следует отметить значимое ($p=0,015$) повышение частоты развития пневмоторакса до 40% у пациентов 3-й группы в сравнении с 6,8% в 4-й группе. При этом в 1-й и 2-й группах случаев развития пневмоторакса после извлечения дренажей не было. Течение послеоперационного периода осложнилось развитием пневмогемоторакса у одного пациента 2-й (16,7%) и одного пациента 4-й (2,3%) групп, плеврита – у двух пациентов 3-й (20%) и одного пациента 4-й (2,3%) групп. Высокую частоту развития пневмоторакса после извлечения дренажей у пациентов 3-й группы мы объясняем уже упомянутой выше несостоятельностью «коллагеновой пломбы», образующейся при использовании аппаратов высоковольтной коагуляции.

Выводы:

1. Способ аэростаза не оказывает значимого влияния на общее состояние пациента (нормализация температурной реакции и общего анализа крови).
2. При атипичной резекции легкого при ДЗЛ предпочтение следует отдавать механическим способам аэростаза и воздержаться от использования АВК без дополнительного укрепления линии резекции.