

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ В КОНТЕКСТЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

*Вакулич Д.С., Игнатюк А.Н., Карпицкий А.С., Шестюк А.М., Панько С.В.,
Журбенко Г.А., Бродницкий А.А., Талатынник А.С.*

Брестская областная клиническая больница
Республика Беларусь, г. Брест

Актуальность. Ультразвуковое исследование (УЗИ) лёгких представляет собой высокоинформативный метод диагностики, позволяющий визуализировать патологические изменения в лёгочной паренхиме и плевральной полости. Метод обладает значительными преимуществами, такими как отсутствие необходимости в предварительной подготовке пациента и возможность проведения исследования непосредственно у постели больного, что особенно важно в условиях неотложной медицины и интенсивной терапии [1].

Цель. Определить ультразвуковые критерии исследования плевральной полости для определения тактики хирургического лечения пациентов с эмпиемой плевры.

Методы исследования. В рамках данного исследования проанализированы данные ультразвукового сканирования плевральных полостей 18 пациентов, страдающих эмпиемой плевры и имеющих в анамнезе перенесенную пневмонию с или без очаговой деструкции легочной ткани. Гендерный состав выборки: 13 мужчин (72,2%) и 5 женщин (27,8%). Средний возраст пациентов составил $49,17 \pm 9,97$ лет, с диапазоном от 28 до 69 лет. Локализация патологического процесса была равномерно распределена между левым и правым гемитораксом, составив по 50% случаев в каждой из сторон.

Ультразвуковое исследование проводилось с использованием сканера SonoScape S11, оснащенного конвексным и линейным датчиками с частотным диапазоном 3,5–7,5 МГц. В качестве диагностических критериев были выбраны следующие параметры: толщина париетальной и висцеральной плевры, наличие внутриплевральных перегородок на фоне экссудативного выпота, присутствие гиперэхогенных включений в содержимом полости плевры при визуализации в В-режиме, а также признак «штрих-кода» в М-режиме, как критерий плевропульмональных сращений, сохраняемый при экскурсии грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. В группе из 6 пациентов (33,3%), которым было проведено дренирование плевральной полости, толщина париетальной плевры ($M \pm SD$) составила $0,26 \pm 0,12$ см. Увеличение толщины париетальной плевры до $0,40 \pm 0,16$ см являлось критерием для выполнения видеоторакоскопической санации в группе из 7 пациентов (38,9%). Критерием для наложения торакостомы в группе из 5 пациентов (27,8%) было достижение толщины париетальной плевры $1,04 \pm 0,47$ см. Различия статистически значимы ($p < 0,001$).

Анализируя толщину висцеральной плевры, было обнаружено, что её значение составило в среднем (Me) 0,21 см у пациентов, которым проводилось дренирование плевральной полости. В то же время, у пациентов, которым проводилась видеоторакоскопическая санация, этот показатель был выше и составил в среднем 0,31 см. У пациентов, которым накладывалась торакастома, толщина висцеральной плевры достигала в среднем 0,87 см. Различия статистически значимы ($p=0,004$).

У всех 6 пациентов, которым проводили дренирование плевральной полости, не было выявлено соединительнотканых перегородок (100%). При этом у 4 из 7 пациентов, которым проводили санационную видеоторакоскопию, перегородки были обнаружены (57,1%). У пациентов с торакастомой перегородки выявлены у 3 из 5 человек (60%). Однако их толщина несколько отличалась. Так у пациентов, которым проводилась только санационная видеоторакоскопия, она составила (Me) 0,07 см, а у пациентов с торакастомой - 0,29 см.

Только у 1 (16,7%) из 6 пациентов, которым выполнено дренирование плевральной полости, были выявлены гиперэхогенные включения. При этом признак наличия гиперэхогенных включений найден у 6 (85,7%) из 7 пациентов, которым выполнена санационная видеоторакоскопия, и у всех 5 (100%) – которым накладывалась миниторакастома. Различия статистически значимы ($p=0,006$).

Анализируя наличие признака "штрих-кода" нами установлено, что его наличие являлось ключевым критерием для наложения торакастомы у всех 5 (100%) пациентов. В то время как во всех остальных группах он отсутствовал. Различия статистически значимы ($p<0,001$).

Выводы. В контексте хирургического лечения эмпиемы плевры, дренирование плевральной полости осуществлялось при отсутствии визуализируемых перегородок и гиперэхогенных включений в плевральном содержимом, а также при отрицательном признаке "штрих-кода". Толщина париетальной плевры в данной когорте пациентов составила в среднем $0,26 \pm 0,12$ см, тогда как медиана толщины висцеральной плевры - 0,21 см.

Видеоторакоскопическая санация применялась при наличии перегородок на фоне неоднородного плеврального содержимого, независимо от наличия гиперэхогенных включений и отрицательном признаке «штрих-кода». Медиана толщины выявленных перегородок составила 0,07 см. Толщина париетальной плевры, измеренная в данной группе, составила в среднем $0,40 \pm 0,16$ см, а медиана толщины висцеральной плевры была равна 0,31 см.

Наложение торакастомы осуществлялось исключительно при наличии положительного признака "штрих-кода", являющегося индикатором для принятия решения о данном методе хирургического лечения. У большинства данных пациентов (60%) наблюдалось наличие множественных перегородок, медиана толщины которых составила 0,29 см, а также гиперэхогенных включений на фоне неоднородного плеврального содержимого. Средняя толщина париетальной плевры в этой группе составила $1,04 \pm 0,47$ см, а медиана толщины висцеральной плевры была равна 0,87 см.

Таким образом использование ультразвуковых критериев для оценки состояния париетальной и висцеральной плевры, анализа характеристик плеврального выпота и выявления плевропульмональных сращений позволяет не только улучшить диагностику, но и значительно повысить эффективность лечебных мероприятий, что является ключевым аспектом в обеспечении благоприятного исхода заболевания.

Список литературы

1. Игнатюк, А. Н. Ультразвуковая диагностика при формировании пищеводноплевροφοжных фистул / А. Н. Игнатюк, А. С. Карпицкий // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2022. – Т. 20, № 2 – С. 176-181. – <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-2-176-181>.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ С ДОЛИХОМОРФНЫМ И БРАХИМОРФНЫМ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ТИПОМ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

*Вакулич Д.С., Шестюк А.М., Журбенко Г.А., Карпицкий А.С., Панько С.В.,
Игнатюк А.Н., Бродницкий А.А., Талатынник А.С.*

Брестская областная клиническая больница
Республика Беларусь, г. Брест

Актуальность. Видеоторакоскопия – передовой метод лечения острой неспецифической эмпиемы плевры, демонстрирующий высокую эффективность и безопасность. Ключевым аспектом успешной реализации данной методики является обеспечение оптимального хирургического доступа, что позволяет создать комфортный «угол атаки» при выполнении всех этапов оперативного вмешательства [1].

Цель. Определить топографические ориентиры формирования безопасного хирургического доступа при выполнении видеоторакоскопии у пациентов с острой неспецифической эмпиемой плевры долихоморфного и брахиморфного конституционального типа.

Методы исследования. Сплошной выборкой изучены и проанализированы данные рентгенокомпьютерной томографии (РКТ) органов грудной клетки 63 пациентов с долихоморфным и 68 с брахиморфным конституциональными типами телосложения. Тип телосложения рассчитывался как отношение фронтального размера к сагитальному, умноженному на 100, составив менее 130 при долихоморфном, и более 140 при брахиморфном конституциональном типе [2]. В каждом из типов телосложения проанализировано расположение плевродиафрагмального синуса (ПДС) по передним, средним, задним подмышечным и лопаточным линиям. Все