

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 пищеводноплевральных 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

пациенты были разделены на две группы. Контрольная группа представлена 34 пациентами (54%) долихоморфного типа и 43 (63,2%) – брахиморфного, у которых патология органов грудной клетки отсутствовала. Основную группу составили 18 пациентов (28,5%) долихоморфного и 16 (23,6%) брахиморфного конституционного типа с клинико-рентгенологической картиной пневмонии справа (ПрП), а также, 9 (17,5%) пациентов долихоморфного и 9 (13,2%) брахиморфного, с поражением левого гемиторакса (ЛП).

Результаты и их обсуждение. При анализе РКТ пациентов контрольной группы установлено, что:

- по передней подмышечной линии расположение ПДС справа у пациентов с долихоморфным типом телосложения определяется на уровне 5-ого межреберья, слева – на уровне 4-ого межреберья и ниже соответственно с обеих сторон. У пациентов с брахиморфным типом ПДС справа и слева располагался на уровне 5-ого межреберья и ниже соответственно с обеих сторон;

- по средней подмышечной линии справа и слева при долихоморфном и брахиморфном типах ПДС был максимально высоким на уровне 6-ого межреберья и ниже с обеих сторон;

- по задней подмышечной линии у пациентов как долихоморфного, так и брахиморфного типов, с правой и левой стороны грудной клетки ПДС располагался на уровне 7-ого межреберья и ниже с обеих сторон;

- по лопаточной линии наивысшее расположение ПДС у пациентов с брахиморфным типом было в 9-ом межреберье справа, а слева – в 8-ом и ниже с обеих сторон. При брахиморфном типе наивысшее расположение ПДС было в 8-ом межреберье справа и слева и ниже с обеих сторон.

При анализе данных РКТ пациентов основной группы с ПрП установлено, что:

- по передней подмышечной линии расположение ПДС справа и слева при долихоморфном типе определяется на уровне 5-ого межреберья и ниже соответственно с обеих сторон. При брахиморфном типе – ПДС справа определяется на уровне 3-ого межреберья, слева – на уровне 6-ого межреберья и ниже соответственно с обеих сторон;

- уровень ПДС по средней подмышечной линии у пациентов с долихоморфным типом справа был максимально высоким на уровне 6-ого межреберья, слева – на уровне 7-ого межреберья и ниже с обеих сторон. У пациентов с брахиморфным типом уровень ПДС по средней подмышечной линии справа определялся на уровне 4-ого межреберья, слева – на уровне 6-ого межреберья и ниже с обеих сторон;

- при долихоморфном типе расположение ПДС по задней подмышечной линии с правой и с левой стороны определялось на уровне 7-ого межреберья и ниже с обеих сторон. Локализация ПДС у пациентов с брахиморфным типом справа определена на уровне 5-ого межреберья, слева – на уровне 7-ого межреберья и ниже с обеих сторон;

- наивысшее расположение ПДС по лопаточной линии при долихоморфном типе справа выявлено в 8-ом межреберье, слева – на уровне 9-го межреберья и ниже с обеих сторон. При брахиморфном типе ПДС справа

достигал 6-ого межреберья, слева – уровня 8-го межреберья и ниже с обеих сторон.

Анализируя данные РКТ пациентов основной группы с ЛП установлено, что:

- при долихоморфном типе по передней подмышечной линии расположение ПДС справа определялось на уровне 5-ого межреберья, слева – на уровне 4-ого межреберья и ниже соответственно с обеих сторон. У пациентов с брахиморфным типом ПДС справа достигал уровня 6-ого межреберья, слева – уровня 4-ого межреберья и ниже соответственно с обеих сторон;

- оценка уровня расположения ПДС по средней подмышечной линии при долихоморфном типе выявила, что справа ПДС был максимально высоким на уровне 6-ого межреберья, слева – на уровне 5-ого межреберья и ниже с обеих сторон. При брахиморфном типе справа расположение ПДС было максимально высоким на уровне 7-ого межреберья, слева – на уровне 6-ого межреберья и ниже с обеих сторон;

- анализируя расположение ПДС у пациентов с долихоморфным типом по задней подмышечной линии с правой и с левой стороны грудной клетки ПДС располагался на уровне 7-ого межреберья и ниже с обеих сторон. У пациентов с брахиморфным типом с правой стороны грудной клетки ПДС располагался на уровне 8-ого межреберья, слева – на уровне 7-ого межреберья и ниже с обеих сторон;

- оценивая РКТ топику расположение ПДС у пациентов с долихоморфным типом по лопаточной линии справа выявлено, что наивысшее расположение его было в 7-ом межреберье, слева – на уровне 8-ого межреберья и ниже с обеих сторон. У пациентов с брахиморфным типом наивысшее расположение ПДС было в 10-ом межреберье, слева – на уровне 8-ого межреберья и ниже с обеих сторон.

Выводы. Места введения торакальных портов для осмотра и манипуляций в плевральной полости должны быть индивидуальны, учитывая РКТ-сканы и данные УЗИ плевральных полостей.

При невозможности инструментального обследования перед операцией по поводу неспецифической эмпиемы плевры необходимо устанавливать торакопорты у пациентов с долихоморфным типом: не ниже 4-ого межреберья по передней подмышечной линии слева, 5-ого – по передней подмышечной справа и средней подмышечной слева, 6-ого – по средней подмышечной линии справа, 7-ого межреберья по задней подмышечной линии справа и слева, лопаточной линии справа, 8-ого межреберья по лопаточной линии слева соответственно.

При брахиморфном типе: не ниже 3-его межреберья по передней подмышечной линии справа, 4-ого – по передней подмышечной слева и средней подмышечной справа, 5-ого – по задней подмышечной линии справа, 6-ого межреберья по средней подмышечной слева и лопаточной линии справа, 7-ого межреберья по задней подмышечной и 8-ого – по лопаточной линиям слева соответственно, что с высокой достоверностью предупредит повреждение диафрагмы.

Список литературы

1. Видеоторакоскопическое лечение эмпиемы плевры у детей / И. А. Мамлеев, Р. А. Гумеров, В. У. Сатаев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 2. – С. 42.

2. Антропологическое обследование в клинической практике / В. Г. Николаев, Н. Н. Николаева, Л. В. Синдеева [и др.] – Красноярск : Версо, 2007. – 173 с.

ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛИ ГИБРИДНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ НА ФОНЕ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНОГО СВИЩА?

Вакулич Д.С., Карпицкий А.С., Панько С.В., Журбенко Г.А., Шестюк А.М., Седич Д.В., Бартош В.И., Игнатюк А.Н., Бродницкий А.А., Талатынник А.С., Старжинский А.В.

Брестская областная клиническая больница
Республика Беларусь, г. Брест

Актуальность. Бронхоплевральный свищ – сложная и многогранная проблема в торакальной хирургии, требующая тщательного подхода к диагностике и лечению. Функционирующий свищ значительно ухудшает дыхательную функцию пациента и существенно затрудняет эффективное дренирование полости эмпиемы, что может приводить к хронизации процесса и развитию серьезных осложнений [1].

Цель. Проанализировать результаты применения гибридных методов лечения пациентов с эмпиемой плевры, осложнённой бронхоплевральным свищом.

Методы исследования. Сплошной выборкой изучены и проанализированы результаты лечения 49 пациентов с эмпиемой плевры на фоне бронхоплеврального свища.

Все пациенты разделены на две группы в зависимости от типа проводимого оперативного вмешательства. Основная группа представлена 23 пациентами (46,9%), которым выполнена имплантация эндобронхиального обратного резинового блокатора фирмы «Медланг» в сочетании с внутригрудной вакуумной (ВАК) аспирацией через миниторакостому. При этом у 16 пациентов (69,6%) с резекцией 1-2 ребра до 5-10 см, а у 7 (30,4%) – выполнялось расширение кожной раны без резекции ребер. По гендерному принципу преобладали мужчины 19 (82,6%), против 4 женщин (17,4%). Преобладало поражение правого гемиторакса – 16 (69,6%), против 7 (30,4%) слева.

В группу сравнения включены 26 (53,1%) пациентов, у которых полость эмпиемы санировалась через торакостому с использованием ВАК терапии без