

ВЫСОТА СТОЯНИЯ ПЛЕВРОДИАФРАГМАЛЬНОГО СИНУСА У ПАЦИЕНТОВ С ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ ПРИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

Вакулич Д. С.

Брестская областная клиническая больница

Актуальность. Хирург, выполняющий торакоскопические операции при эмпиеме плевры, сталкивается с пациентами с различными конституциональными типами телосложения. На сегодняшний день информация о морфологических особенностях плевродиафрагмального синуса у людей с различными конституциональными типами телосложением остается разрозненной и характеризуется значительной вариабельностью.

Цель – проанализировать расположение плевродиафрагмального синуса (ПДС) для обеспечения безопасного хирургического доступа при видеоторакокопии у пациентов, учитывая их конституциональный тип и наличие воспалительных процессов плевры.

Методы исследования. Сплошной выборкой изучены и проанализированы данные рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки (РКТ ОГК) 293 пациентов с различными конституциональными типами телосложения, оценено расположение высшей проекции плевродиафрагмального синуса (ПДС), как наиболее низкой точки плеврального синуса. По отношению фронтального размера к сагиттальному, умноженному на 100 рассчитывался тип телосложения, составив менее 130 при долихоморфном, более 140 при брахиморфном, и в пределах от 130 до 140 при мезоморфном конституциональном типе [1]. В каждом из типов телосложения проанализировано расположение ПДС по передним, средним и задним подмышечным линиям. Все пациенты были разделены на две группы. Данные КТ ОГК 111 пациентов (37,9%) без патологических изменений составили группу контроля (КГ), из них 26 (23,4%) с долихоморфным, 36 (32,4%) с мезоморфным и 49 (44,2%) с брахиморфным типом. Основную группу (ОГ) составили пациенты с клинико-рентгенологической картиной пневмонии. Группа с правосторонним поражением представлена данными КТ 97 пациентов (33,1%): 28 (28,9%) с долихоморфным, 39 (40,2%) с мезоморфным и 30 (30,9%) с брахиморфным. ОГ с левосторонним поражением составила 54 исследования (18,4%) КТ ОГК, из них 20 (37%) с долихоморфным, 16 (29,7%) с мезоморфным, 18 (33,3%) с брахиморфным типом телосложения. Двустороннее поражение в ОГ было в 31 исследовании (10,6%): 13 (42%) с долихоморфным, и по 9 (по 29%) с мезоморфным и брахиморфным конституциональными типами.

Результаты и их обсуждение. При анализе РКТ пациентов установлено, что в контрольной группе по передней подмышечной линии справа во всех конституциональных типах разбежка проекции ПДС составляла с 5-ого по 8-ое межреберье (м/р). В ОГ во всех конституциональных типах проекция ПДС справа была выше, чем в КГ с колебаниями с 4-ого до 8-ого межреберья при долихоморфном и брахиморфном, и с 3-его до 8-ого межреберья при мезоморфном типе. В КГ по передней подмышечной линии слева колебания ПДС были с 4-ого по 8-ое межреберье при долихоморфном и с 4-ого до 7-ого – при мезоморфном и брахиморфном типах. В ОГ по данной линии слева при долихоморфном и брахиморфном типах, разбежка расположения была от 4-ого до 8-ого межреберья, а при мезоморфном – с 4-ого до 7-ого межреберья.

Анализируя расположение ПДС по средней подмышечной линии справа в КГ при долихоморфном и мезоморфном типах телосложения, разбежка локализации составила с 7-ого по 9-ое межреберье, а при брахиморфном – с 6-ого до 9-ого межреберья. В ОГ колебания были более широкие: с 4-ого по 9-ое межреберье при мезоморфном и брахиморфном типах, и с 5-ого по 9-ое межреберье при брахиморфном типе. Оценивая локализацию ПДС по средней подмышечной линии справа в КГ при долихоморфном и брахиморфном конституциональных типах телосложения, разбежка локализации была с 6-ого по 9-ое межреберье, а при мезоморфном – с 7-ого по 9-ое межреберье. Проекция ПДС в ОГ имела более высокую проекцию, с разбежкой с 5-ого по 8-ое межреберье при мезоморфном и с 5-ого до 9-ого межреберья при долихоморфном и брахиморфном типах.

Говоря об уровне ПДС по задней подмышечной линии справа в КГ при мезоморфном и брахиморфном конституциональных типах разбежка локализации была с 7-ого по 10-ое межреберье, а при долихоморфном – с 8-ого по 10-ое межреберье. В ОГ при долихоморфном и мезоморфном типах ПДС справа была в промежутке от 6-ого до 10-ого межреберья. При брахиморфном – в пределах от 5-ого до 9-ого межреберья. Колебания проекции ПДС по задней подмышечной линии слева в КГ при долихоморфном и брахиморфном типах были от 7-ого до 10-ого межреберья, а при мезоморфном типе – с 8-ого по 10-ое межреберья. В ОГ при брахиморфном и мезоморфном типах колебания ПДС в пределах от 7-ого до 10-ого межреберья. Высокое положение ПДС получено при долихоморфном типе, где разбежка была от 6-ого до 10-ого межреберья.

Выводы. При невозможности инструментального обследования перед операцией при наличии воспалительного процесса в полости плевры необходимо устанавливать торакопорты на уровне наиболее высокой проекции ПДС по определенной линии при данном конституциональном типе. Так у пациентов с долихоморфным типом в КГ устанавливать торакопорты рекомендуется на уровне 4-ого м/р по передней подмышечной линии слева, 5-ого – по передней подмышечной справа, 6-ого – по средней подмышечной слева, 7-ого – по средней подмышечной справа и задней подмышечной слева, 8-ого м/р – по задней подмышечной линии справа. В ОГ установка торакопорта рекомендуется на уровне 3-ого м/р по средней подмышечной линии справа, 4-ого – по передним

подмышечным линиям с обеих сторон, 5-ого – по средней подмышечной слева, 6-ого – по задним подмышечным линиям с обеих сторон.

При мезоморфном типе конституции в КГ установка торакопорта рекомендуется в 5-ом м/р по передним подмышечным линиям с обеих сторон, 7-ом – по средним и задним подмышечным линиям с обеих сторон. В ОГ – на уровне 3-его межреберья по передней подмышечной линии справа, 4-ого – по передней подмышечной слева и средней подмышечной справа, 5-ого – по средней подмышечной слева, 6-ого – по задним подмышечным линиям с обеих сторон.

Для КГ брахиморфного типа рекомендуется постановка торакопорта в 5-ом м/р по передним подмышечным, 6-ом – по средним подмышечным, 7-ом – по задним подмышечным линиям. В ОГ – уровень 4-ого межреберья по передним подмышечным с обеих сторон и средней подмышечной справа, 5-ого – по средней подмышечной слева и задней подмышечной линии справа, 7-ого межреберья по задней подмышечной слева соответственно, что с высокой достоверностью предупредит повреждение диафрагмы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сравнительная характеристика существующих типов телосложения / А. А. Ильин, А. И. Селиверстова, А. В. Шоболова, А. И. Осколкова // Психосоматические и интегративные исследования. – 2023. – Т. 9, № 2. – С. 204.

УСТРОЙСТВА ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ КОНТАКТНЫХ ОТМОРОЖЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕГО ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ

Валентиюкевич А. Л., Колоцей В. Н., Меламед В. Д.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Отморожения относятся к одним из наиболее тяжелых видов термической травмы, а поражения низкими температурами являются довольно частой патологией в осенне-зимний период [1]. Глубокие отморожения приводят к длительной потере трудоспособности и, нередко, к пожизненной инвалидности пациентов, что придает данной проблеме как социальную, так и экономическую направленность. В связи с этим возникает необходимость создания достоверной экспериментальной модели холодовой травмы для изыскания более эффективных способов лечения [2]. Отморожения относятся к одним из наиболее тяжелых видов термической травмы, а поражения низкими температурами являются довольно частой патологией в осенне-зимний период