

**Вакулич Д.С., Карпицкий А.С., Шестюк А.М., Панько С.В.,  
Журбенко Г.А., Боуфалик Р.И., Игнатюк А.Н., Петровицкая Н.А.**

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ**

*УЗ «Брестская областная клиническая больница»,  
г. Брест, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Наиболее распространенной методикой лечения эмпиемы плевры и пиопневмоторакса является закрытое дренирование плевральной полости. По данным разных авторов эффективность дренирования составляет от 12,5% до 69%.

**Цель исследования:** оптимизировать дренирование плевральной полости в зависимости от стадии эмпиемы плевры у пациентов с нормостеническим типом телосложения.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов данных рентгенкомпьютерной томографии 10-ти пациентов в серозной стадии развития эмпиемы плевры (контрольная группа) и 8-ми пациентов с фибринозной стадией эмпиемы плевры (основная группа). В основной группе плевральный выпот выявлен в 5-ти случаях справа и в 3-х слева. В контрольной группе локализация патологического процесса была сопоставима (по пять пациентов).

Тип телосложения определяли по индексу ширины грудной клетки: отношение фронтального размера к сагиттальному, умноженному на 100. Для нормостенического (мезоморфного) типа индекс ширины грудной клетки составлял от 130 до 140.

Расположение реберно-диафрагмального синуса оценено по средне-ключичной, средней и задней подмышечной, лопаточной линиям.

**Результаты.** Рентгенкомпьютерная томография показала, что у пациентов контрольной группы нижняя граница реберно-диафрагмального синуса располагалась справа: по средне-ключичной линии – на уровне верхнего края 7-ого реберного хряща, по средней и задней подмышечной линии – по нижнему краю 9-ого ребра, по лопаточной линии – по верхнему краю 12-ого ребра; слева: по средне-ключичной линии – на уровне нижнего края 6-ого реберного хряща, по средней подмышечной – по верхнему краю 10-ого ребра, по задней подмышечной – по нижнему краю 10-ого ребра, по лопаточной линии – по нижнему краю 11-ого ребра.

У пациентов контрольной группы нижняя граница определена справа: по средне-ключичной линии – на уровне верхнего края 7-ого реберного хряща, по средней и задней подмышечной линии – нижний край 8-ого ребра, по лопаточной линии – нижний край 10-ого ребра; слева: по средне-ключичной линии – на уровне нижнего края 6-ого реберного хряща, по средней

подмышечной – нижний край 8-ого ребра, по задней подмышечной – верхний край 9-ого ребра, по лопаточной линии – верхний край 10-ого ребра.

Таким образом, по данным компьютерной томографии у пациентов основной группы выявлено смещение плевро-диафрагмального синуса краниально по сравнению с пациентами контрольной группы, что должно учитываться при выборе оптимального места для адекватного дренирования или наложения торакопортов во время выполнения видеоторакоскопии.

**Выводы.** Выявленные топографо-анатомические особенности расположения реберно-диафрагмального синуса позволяют достичь оптимальных результатов дренирования плевральной полости при разных стадиях эмпиемы плевры. Оптимальными и безопасными точками для дренирования в зоне между лопаточной и задней подмышечной линиями будет 8-е межреберье по задней подмышечной линии справа и середина расстояния между линиями в 9-ом межреберье слева; между задней и средней подмышечными линиями справа – верхний край 9-ого ребра на середине расстояния между линиями, слева – середина расстояния между линиями в 8-ом межреберье.