

*Петрусевич Ю.В.*

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ**

*Научный руководитель: ассист. Малащенко Н.М.*

*Кафедра детской хирургии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Диагностика эмпиемы плевры включает в себя целый комплекс мероприятий, однако на данный момент нет единого и четкого алгоритма их применения в РБ. При этом во многих развитых странах мира имеются рекомендации, соглашения и стандарты, которые широко используются. Применение на практике вышеупомянутых протоколов на территории РБ существенно улучшит качество оказания медицинской помощи детскому населению с данной патологией.

**Цель:** оценка владения и применения международных рекомендаций и протоколов лечения эмпиемы плевры у детей в РБ.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ диагностики и малоинвазивного лечения 59 детей в период с 2018 по 2022 год с деструктивными пневмониями, осложненными эмпиемой плевры

**Результаты и их обсуждение.** В 35% случаев УЗИ было первым методом, выявившим гидроторакс. Средний объем составил 47,5 мл и 12,6мм. В 31% - выявленный на рентгене гидроторакс был подтвержден УЗИ в тот же день (средний УЗ объем группе-159,4мл и 13,5мм.). В свою очередь, при отсутствии данных за внелегочную патологию на первом рентген-исследовании, последующая постановка диагноза в 68% случаев осуществлялась с помощью УЗИ. Первичное ультразвуковое исследование в 74% определяло свободную жидкость, в 15% указывало на эховзвесь, в 11%- на осумкования. По результатам лабораторной диагностики, которую провели в 28% - у 86% из которых биохимические маркеры указывали на инфекционный процесс. Преобладающим методом лечения значимого выпота являлось дренирование плевральной полости (45%). В группе пациентов, методом лечения которых являлась пункция (15%), средний объем гидроторакса составил 250 мл, а средний объем аспирированной жидкости – 125 мл. При аспирации в 21% визуально определялось серозное содержимое, однако при его БХ диагностике в 81% определялся инфекционный процесс. При микроскопии отмечено отсутствие возбудителя в 62% - биохимические маркеры указывали на инфекционный процесс в 87%. Отсутствие роста возбудителя отмечалось в 17% случаев, среди которых 100% указывало на инфекционный процесс. Итого среди пациентов, которым были выполнены лечебно-диагностические манипуляции, плевральная жидкость отправлена на лабораторное исследование в 58% случаев, при этом полноценный комплекс анализов был определен лишь в 24% случаев. Фибринолитическая терапия была проведена 1 ребенку из 59 пациентов.

**Выводы:** в сравнении с рентгенологическим методом, ультразвуковая диагностика позволяет выявить меньшие объемы жидкости в плевральной полости, что подтверждает возможности УЗИ как метода ранней диагностики. В случаях, когда УЗИ не было выполнено пациентам с диагностированным по рентгену гидротораксом (17%), следует рассматривать как гиподиагностику ввиду отсутствия верификации диагноза. В 44% гидроторакс выявлялся на 2 или 3 рентгенологическом снимке, однако на УЗИ гидроторакс выявлен в 76% случаев на 1 исследовании. При подозрении на наличие гидроторакса лишь у 2\3 выполняется УЗИ диагностика. УЗ-картина, визуальная характеристика аспирата, его физические свойства, данные микроскопии и бактериального посева не соответствуют истинной биохимической картине. Дренирование как метод первой линии диагностики и лечения используется редко. Пункцию как лечебно-диагностический маневр использовать не рекомендуется, однако часто применяется. Забор аспирата на биохимическое исследование выполняется лишь у половины пациентов, при этом полный спектр маркеров - у четверти. Фибринолитическая терапия как миниинвазивный метод лечения не применяется.