

*Д. С. Вакулич, А. С. Карпицкий, А. М. Шестиук*

**РАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП  
ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ  
С ОСТРОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ  
И МЕЗОМОРФНЫМ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ТИПОМ  
ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ**

*Брестская областная клиническая больница, Беларусь*

**Ключевые слова:** видеоторакоскопия, плевродиафрагмальный синус, рациональный хирургический доступ.

*D. S. Vakulich, A. S. Karpitski, A. M. Shestiuk*

**RATIONAL SURGICAL ACCESS DURING VIDEOTHORACOSCOPY  
IN PATIENTS WITH ACUTE NONSPECIFIC PLEURAL EMPYEMA  
AND MESOMORPHIC CONSTITUTIONAL BODY TYPE**

*Brest Regional Clinical Hospital, Belarus*

**Key words:** videothoracoscopy, pleurodiaphragmatic sinus, rational surgical access.

**Актуальность.** Множество исследователей утверждают, что видеоторакоскопия является оптимальным методом терапии для пациентов, страдающих от острой неспецифической эмпиемы плевры [1]. Одной из ключевых задач при успешном проведении операции выступает необходимость создания удобного хирургического доступа. Это условие позволяет хирургу легко ориентироваться в пространстве и обеспечивает комфортный «угол атаки» на протяжении всех этапов вмешательства [2].

**Цель:** определить топографические ориентиры для формирования безопасного хирургического доступа при выполнении видеоторакоскопии у пациентов с острой неспецифической эмпиемой плевры у лиц мезоморфного типа конституционального телосложения.

**Материалы и методы.** Сплошной выборкой изучены и проанализированы данные рентгенкомпьютерной томографии (РКТ) органов грудной клетки у 100 пациентов с мезоморфным конституциональным типом телосложения, который рассчитывался как отношение фронтального размера к сагиттальному, умноженному на 100, и составил от 130 до 140. Оценено расположение плевродиафрагмального синуса (ПДС) по передним, средним, задним подмышечным и лопаточным линиям. Все пациенты были разделены на две группы. Контрольная группа представлена 50 пациентами (50 %), у которых патология органов грудной клетки отсутствовала. Основную группу составили 36 пациентов (36 %) с клинико-рентгенологической картиной острой неспецифической эмпиемы плевры справа и 14 (14 %) — слева.

**Результаты.** При анализе РКТ пациентов контрольной группы установлено, что:

– на уровне передней подмышечной линии проекция расположения ПДС справа определяется на уровне 4-го межреберья, слева — на уровне 3-го межреберья и ниже соответственно с обеих сторон;

– при оценке расположения уровня ПДС по средней подмышечной линии выявили, что справа ПДС был максимально высоким на уровне 5-го межреберья, слева — на уровне 6-го межреберья и ниже соответственно с обеих сторон;

– оценивая данные РКТ по задней подмышечной линии с правой стороны грудной клетки, установили, что ПДС располагался на уровне 6-го межреберья, слева — на уровне 8-го межреберья и ниже соответственно с обеих сторон;

– анализируя топоику расположения ПДС по лопаточной линии справа, выявлено, что наивысшее его расположение было в 8-м межреберье, а слева — в 9-м межреберье и ниже соответственно с обеих сторон.

При анализе данных РКТ пациентов с клинико-рентгенологической картиной острой неспецифической эмпиемы плевры (основная группа) установлено, что:

– по передней подмышечной линии расположение ПДС справа определяется на уровне 4-го межреберья, слева — на уровне 5-го межреберья с расположением его ниже этих точек у остальных пациентов;

– оценка уровня расположения ПДС по средней подмышечной линии выявила, что справа расположение ПДС был максимально высоким на уровне 4-го межреберья, слева — на уровне 6-го межреберья и ниже соответственно с обеих сторон;

– анализируя расположение ПДС по задней подмышечной линии с правой стороны грудной клетки, ПДС располагался на уровне 6-го межреберья, слева — на уровне 7-го межреберья и ниже соответственно с обеих сторон.

– оценивая на РКТ топоику расположения ПДС по лопаточной линии справа, выявлено, что наивысшее его расположение было в 8-м межреберье, слева — на уровне 9-го межреберья и ниже соответственно с обеих сторон.

**Выводы.** Для определения мест введения торакальных портов для рационального осмотра и выполнения манипуляций в плевральной полости должен применяться индивидуальный подход с учетом рентгенкомпьютерных сканов или ультразвуковой диагностики плевральных полостей. В случае невозможности выполнить инструментальное обследование перед операцией по поводу неспецифической эмпиемы плевры необходимо устанавливать торакопорты: не ниже 4-го межреберья по передней и средней подмышечной линиям справа и 5-го межреберья слева соответственно; не ниже 6-го межреберья по задней подмышечной линии и лопаточным линиям справа и 7-го межреберья слева соответственно, что с высокой достоверностью предупредит повреждение диафрагмы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Hecker, E.* Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) for the management of parapneumonic pleural empyema / E. Hecker, S. Hamouri // *Zentralbl. Chir.* – 2008. – Vol. 133, № 3. – P. 212–217.
2. *Дыхно, Ю. А.* Топографо-анатомическое обоснование хирургического доступа при кардиоэзофагеальном раке у людей с различными типами телосложения / Ю. А. Дыхно, П. А. Самогесов, Ю. В. Батухтина. – Красноярск, 2007. – 109 с.