UNIVERSAL JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES
ISSN 2992-8826
https://sr-journals.org/index.php/UJMANS

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ФОРМИРОВАНИЯ СТОЙКОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЭМФИЗЕМЕ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Ирисов О.Т., Абдалов Ш.У, Отамирзаев К.А., Собиров Н.А., Махмудов С.С.
Ташкентский государственный медицинский университет

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс, буллезная эмфизема легких, плевродез, видеоторакоскопия.

Резюме. В статье рассматриваются результаты различных методов формирования стойкого спаечного процесса при буллезной эмфиземе легких, осложненной спонтанным пневмотораксом. Рассмотрены проблемы выбора тактики оказания первичной помощи. Описана эффективность консервативного лечения, пункции и дренирования плевральной полости в лечении спонтанного пневмоторакса, плевродеза – для профилактики рецидивов. Дана сравнительная оценка различным методам создания облитерации плевральной полости: химическому плевродезу (стерильным тальком, йодповидоном), апикальной плеврэктомии.

Актуальность. Первичный спонтанный пневмоторакс – внезапное, не связанное с травмой или каким-либо лечебно-диагностическим действием нарушение целостности висцеральной плевры и поступление воздуха из легкого в плевральную полость. Частота первичного спонтанного пневмоторакса составляет 18–28 на 100000 населения среди мужчин и 1,2–6,0 на 100000 населения среди женщин (2, 9), 6% среди женщин (4). В группу риска развития спонтанного пневмоторакса входят курящие мужчины астенического телосложения 10–40 лет. В некоторых случаях заболевание может быть связано с генетической патологией, такой как синдром Марфана (6).

Учитывая, что в основе буллезной эмфиземы легких лежат процессы прогрессирующей дистрофии легочной ткани, особого внимания требует изучение технических приемов, замедляющих течение заболевания и предотвращающих пневмоторакс. До сих пор дискуссионными остаются целесообразность и показания к применению различных методов оперативного плевродеза, в частности, париетальной плеврэктомии (7,10,11). Это обусловлено тем, что остаются мало исследованными структурные и функциональные изменения в оперированном легком, развивающиеся в отдаленные сроки после операции (1,5,8). В связи с паллиативным характером вмешательств и прогрессирующим течением заболевания первостепенное значение имеет изучение качества жизни больных после операции. До настоящего времени не проводилось исследования, сравнивающего функциональные результаты хирургического лечения в отдаленные сроки и качество жизни больных. Таким образом, несоответствие высокого уровня технических достижений торакальной хирургии и результатов лечения буллезной эмфиземы заставляет искать пути совершенствования способов вмешательств, тактические подходы, позволяющие улучшить результаты лечения этой категории больных. Для этого необходимы углубленные клинические исследования, единые методические подходы, обеспечивающие реальность сравнения полученных данных с позиций доказательной медицины (3,7,9).

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты лечения 106 больных со спонтанным пневмотораксом за 2020–2025 гг. Возраст больных колебался от 27

до 73 лет. Средний возраст составлял 34,43 +-2,4 лет. Чаще встречались лица средней возрастной группы. Мужчин было 56 (52,8%), женщин 50 (49,2%). Пневмоторакс в правой половине грудной клетки был выявлен у 62 (58,4%) больных, слева – у 44 (41,6%).

Все больные были госпитализированы в плановом порядке для оказания хирургической помощи после обследования и установления диагноза. У всех больных отмечались резкие боли в грудной клетке, которые иногда отдавались в область ключицы, в шею и в руку. Все больные жаловались на одышку при физической нагрузке. Кашлевой приступ выявлен у всех больных. При этом боли усиливались в грудной клетке и фиксировалась невозможность глубокого вдоха. Отмечено учащение дыхания при физической нагрузке. Тахикардия обнаружена у 94 больных, пульс при этом достигал 100 ударов в минуту. Артериальное давление повысилось у 2 больных, в анамнезе у них была гипертоническая болезнь. При объективном исследовании у 98 больных со спонтанным пневмотораксом было выявлено расширение межреберных промежутков, а у остальных – без особенностей. У 3 больных отмечена подкожная эмфизема, распространившаяся на голову, шею, и туловище – результат неадекватного дренирования плевральной полости. Перкуторно над здоровыми легкими отмечался легочной звук. На стороне пневмоторакса тимпанит справа у 62 (58,4%) больных, слева – у 44 (41,6%). У 3 больных с подкожной эмфиземой перкуторного звука не удалось определить из-за крепитации в подкожной клетчатке. Аускультативно у 62 (58,4%) больных справа на стороне пневмоторакса дыхание резко ослабленное, почти не выслушивается, также и слева у 44 (41,6%) больных. У всех 106 больных на здоровой стороне дыхание усиленное везикулярное, на стороне поражения резко ослабленное. Нормальное артериальное давление отмечено у 45 больных, соответственно 120/80 мм.рт.ст. У 53 больных было повышение артериального давления более 140/90 мм.рт.ст. Смещение средостения было у 43 (40%) больных в левую сторону, у 37 (34,9%) – в правую. 62 (58,4%) больных поступали с рентгенограммой грудной клетки, которая была выполнена до нас на этапе первичного обращения, 44 (41,6%) с МСКТ грудной клетки. При этом выявлены пневмоторакс и коллабированое легкое различной степени. Справа пневмоторакс – у 62 (58,4%) больных, слева – у 44 (41,6%). До стационара 34 (32%) больным была произведена диагностическая пункция, у 37 (34%) было проведено дренирование плевральной полости. При этом расправить легкое и создать вакуум им не удалось. Кроме наличия воздуха в плевральной полости, на рентгенограмме видно пристеночное просветление в виде большей или меньшей зоны, лишенной легочного рисунка, у края спавшегося легкого. Буллезные образования, которые вызвали пневмоторакс, на рентгенограмме нами почти не были выявлены, у 23 (20,7%) больных выявлен также гидроторакс.

Всем больным проводились клинические и инструментальные исследования: общеклинические анализы крови и мочи, определение группы кровы, свертываемости, инструментальные исследования: МСКТ грудной клетки, ЭКГ, УЗИ. Ведущую роль в диагностике спонтанного пневмоторакса и установления возможной причины играли рентгенологические исследования. Нами 92 (86,8%) больных были подвержены на МСКТ грудной клетки, 30 больных повторно, 62 больных первично после расправления легкого, после предпринятых у нас тех или иных манипуляций, направленных для расправления легкого. Считаем нецелесообразным проведение МСКТ грудной клетки больных с коллабированным легким, так как МСКТ интерпретацию коллабированного легкого не считаем полноценной.

Необходимо отметить, что большинство пациентов при поступлении имели результат того или иного метода исследования на руках, подтверждающий предварительно пневмоторакс. У 23 (21,7 %) пациентов была рентгенография грудной клетки, у 30 (28,5%) МСКТ грудной клетки. Соответствие клинического состояния пациента с рентгенологической картиной и время после первичного исследования являлось критерием для назначения повторного радиологического исследования. Основными жалобами у

больных с пневмотораксом явились боль 98 (92,4%) больных со стороны поражения, возникшее внезапно, кашель 94 (88,9 %) больных и одышка у 68 (64%) больных. 34 больных обращались через 1 сутки, 45 больных через 2 сутки, остальные более 3 дней спустя.

У 59 (55%) больных наблюдалась клиника рецидива, то есть они ранее были пролечены по поводу первичного пневмоторакса в том или ином учреждении. Из них 13 была выполнена пункция плевральной полости, 42 больным дренирование плевральной полости, 4 были ранее оперированы.

Мы прошли пости все этапы диагностики и лечения спонтанного пневмоторакса от пункционного до торакотомии. В последнее время нами в предоперационном периоде практически не применяется оптическая торакоскопия, которая имела важную диагностическую роль раньше до эпохи видеоторакоскопии. В данное время нами определена адекватная тактика диагностики и лечения, которой придерживаемся почти всегда. Конечно, могут быть индивидуальные особенности пациентов, которые вынуждают того или другого отклонения от выработанных нами стандартов.

Классические рентгенологические методы исследования не всегда являются эффективными в выявлении и оценке характера диффузных интерстициальных процессов в легких, особенно при пневмотораксе. В то же время компьютерная томография позволяет расширить диагностические возможности в выявлении различных изменений легочной паренхимы. Кроме некоторых больных, у 37 (34%) имелась дренажная трубка. У 13 из них дренажная трубка была неправильно подключена к подводной системе. Таким образом, у 93 (87,7%) из 106 больных был выставлен клинический диагноз: буллезная болезнь, осложненная спонтанным пневмотораксом, перфорация булл во время операции окончательно. В основном наличие воздуха в плевральной полости, безуспешность расправления легкого пункцией, дренирование, наличие буллезных образований в легком и бронхо-плеврального свища определило показание к операции. Всем 106 больным была проведена видеоторакоскопическая операция: 62 (58,4%) больным – справа, а 44 (41,6%) больным – слева. При этом было выявлено множество булл в верхней доле справа и слева у 101 (95%) больных с наличием свищевого отверстия в одном из этих пузырей, откуда поступает воздух. Часть этих пузырей резецированы, а часть коагулированы. Особое внимания требует момент профилактики рецидива пневмоторакса, причину возникновения которого увы нам уже не избегать. Во всех случаях после основного этапа операции приступаем к плевродезу. Плевродез у всех пациентов была комбинированной. Но у 65 (61,3%) пациентов также дополнялась частичной плеврэктомией.

В послеоперационном периоде у 2-х больных в течение 2 суток поступал воздух различной интенсивности по дренажам, что в последующем прекратилось. На контрольной рентгенограмме легкое расправлено, на 4-е сутки дренажные трубки были удалены. У всех остальных пациентов дренажные трубки удалены на 2-е, 3-е сутки. На 3-е, 4-е сутки больные были выписаны домой в хорошем состоянии.

Выводы

1. Спонтанный пневмоторакс у больных с буллезной эмфиземой легких больше встречается у мужчин и характеризируется частым рецидивом.
2. Пункции и дренирования плевральной полости при спонтанном пневмотораксе являются всего лишь временными мерами для облегчения состояния больного.
3. Видеоторакоскопическая операция является самым эффективным методом диагностики и лечения спонтанного пневмоторакса при буллезной болезни легких.
4. Применение комбинированного плевродеза предупреждает рецидив пневмоторакса.
5. Частичная плеврэктомия с комбинированным плевродезом увеличивает надежность образования спаечного процесса в плевре.

Литература

1. Аверьянов А.В., Самсонова М.В., Черняев А.Л. и др. Аспекты патогенеза эмфиземы легких у больных ХОБЛ. Пульмунология. 2008;(3):48–53.
2. Бродская О.Н. Спонтанный пневмоторакс. Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2006;(4):53–55.
3. Бисенков Л.Н., Гладышев Д.В., Лишенко В.В., Чуприна А.П. Торакоскопия в лечении буллезной болезни легких, осложненной пневмотораксом // Пульмонология. 2005. № 1. С. 29–33.
4. Иванов С.В., Иванов И.С., Горяинова Г.Н., Темирбулатов В.И., Клеткин М.Е., Иванова И.А. Патоморфология буллезной эмфиземы легких и спонтанного пневмоторакса. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2018;13(2):43-49.
5. Изюмов М.С., Булынин В.В., Бобровских А.М. Сравнительная морфологическая оценка реакции плевральных листков и интерстициальной ткани легких в эксперименте у крыс на различные химические агенты, применяемые при плевродезе. Перспективы науки и образования. 2018;2(32):262–266.
6. Калашников А.В., Салимов Д.Ш. Современный взгляд на проблему спаек брюшной и плевральной полости: этиология, патологические проявления, сходство и различия, спорные вопросы профилактики. Оперативная хирургия и клиническая анатомия (Пироговский научный журнал). 2018;2(1):27–35
7. Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я. К вопросу о тактике хирургического лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2010;3(2):103–111.
8. Baumann M.H. Management of spontaneous pneumothorax. Clin Chest Med. 2006;27(2):369–381. DOI: 10.1016/j.ccm.2005.12.006
9. Cao G.q., Kang J., Wang F., Wang H. Intrapleural instillation of autologous blood for persistent air leak in spontaneous pneumothorax in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. Ann Thorac Surg. 2012;93(5):1652–1657. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2012.01.093
10. Chen J.S., Chan W.K., Yang P.C. Intrapleural minocycline pleurodesis for the treatment of primary spontaneous pneumothorax. Curr Opin Pulm Med. 2014;20(4):371–376.
DOI: 10.1097/MCP.0000000000000006
11. Mendis D., El-Shanawany T., Mathur A., Redington A.E. Management of spontaneous pneumothorax: are British Thoracic Society guidelines being followed? Postgrad Med J. 2002;78(916):80–84. DOI: 10.1136/pmj.78.916.80