

А.Д. Лукьяненко
СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц., п/п-к м/с Д.Г. Терешко
Кафедра военно-полевой хирургии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
432 ордена Красной звезды главный военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь, г. Минск

A.D. Lukyanenko
SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX
Tutor: PhD, associate professor D.G. Tereshko

Department of Military Field Surgery
Belarusian State Medical University, Minsk
432 Order of the Red Star Main Military Clinical Medical Center of the Armed Forces
of the Republic of Belarus, Minsk

Резюме. В статье обсуждается роль факторов способствующих возникновению, этиологические и патогенетические особенности возникновения и примененное лечение спонтанного пневмоторакса. Представлены данные исследования действующих военнослужащих, в отставке, граждан и гражданского персонала проходивших лечение в ГУ «432 ордена Красной звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»

Ключевые слова: военнослужащие, спонтанный пневмоторакс, курение, факторы способствующие развитию спонтанного пневмоторакса, лечение.

Resume. The article discusses the role of factors contributing to the occurrence, etiological and pathogenetic features of the occurrence and the applied treatment of spontaneous pneumothorax. The research data of active military personnel, retired citizens and civilian personnel who were treated at the 432 Order of the Red Star Main Military Clinical Medical Center of the Armed Forces of the Republic of Belarus are presented.

Keywords: military personnel, spontaneous pneumothorax, smoking, factors contributing to the development of spontaneous pneumothorax, treatment.

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс актуален для военнослужащих из-за требуемой высокой физической подготовленности и толерантности к высоким физическим нагрузкам. Ввиду выполнения задач в различных, в том числе экстремальных условиях, где невозможно оказать медицинскую помощь в полном объеме, необходимо своевременно предупредить возникновение и диагностировать спонтанный пневмоторакс. Наиболее важно то, что данной нозологической форме не присуща постепенность возникновения клинической симптоматики. Легочная патология возникает внезапно, характеризуется смазанной клинической картиной, неспецифическими и невыраженными симптомами, что усложняет дифференцировку как самим пациентом, так и другими медицинскими работниками. В данной статье изучены: сроки с момента обращения за медицинской помощью, перечень факторов способствующих развитию легочной патологии, контингент, наиболее подверженный данному заболеванию, а также преобладающая тактика лечения, сроки реабилитации пациентов и меры профилактики.

Цель: изучить особенности возникновения, диагностики, лечения и реабилитации пациентов со спонтанным пневмотораксом.

Задачи:

1. Определить факторы, способствующие развитию легочной патологии.
2. Выявить частую локализацию, сроки обращения пациентов с момента дебюта/рецидива заболевания.
3. Обозначить преобладавшую тактику лечения, количество проведенных койко-дней и профилактику послеоперационных осложнений.
4. Сформировать перечень рекомендаций с целью скорейшей полной реабилитации пациентов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов стационарного лечения 76 пациентов, в период с 2014 по 2024 год включительно, в 432 ордена Красной Звезды главном военном клиническом медицинском центре Вооруженных Сил Республики Беларусь. Проводилась оценка ключевых факторов: частота возникновения легочной патологии, контингент, у которого превалирует данное заболевание, возраст, пол, вес, рост, наличие вредных привычек в анамнезе, локализация поражения, вид оказанного лечения, послеоперационное ведение пациентов после дебюта патологии, количество проведенных койко-дней в стационаре, наличие повторного дренажа, наличие осложнений, использование средств, способствующих снижению вероятности рецидивов; срочность госпитализации при возникновении легочной патологии, рекомендации по профилактике рецидивирования.

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что было 71 мужчина (93,42%, средний возраст – 29,39 лет) и 5 женщин (6,58%, средний возраст – 38,6 года). Подавляющее большинство (61%) составили пациенты до 25 лет, 22% – 25-45 лет, и 17% – соответственно пациенты старше 45 лет. Такое распределение обуславливает преобладающий контингент в виде военнослужащих срочной службы и курсантов. Распределение по контингенту следующее: военнослужащие срочной службы (29%), офицеры и прапорщики (24%), курсанты (17%), гражданские лица (17%), проходящие службу по контракту (13%). Среди 76 пациентов средний рост составил 180 см (<175 см – 17%, 175-185 см – 59% >185 см – 24%), средний вес – 75,5 кг, средний индекс массы тела (индекс Кетле) составил 23,0 (5% – дефицит, 83% – нормальная и 12% избыточная масса тела).

Основными факторами, способствовавшими развитию спонтанного пневмоторакса, стали: вредные привычки (курение и парение) – 51 (67%), которые военнослужащие в большинстве своём имели до момента поступления на военную службу. Проходящие военную службу на момент обращения составили 63 пациента (83%). При этом наиболее часто составило одностороннее поражение: 75 (98,68%), с вовлечением первых легочных сегментов – 50 (66%), из них 22 пациента с правосторонним поражением, 28 с левосторонним, что равняется 28% и 38% соответственно. А также вторых легочных сегментов – 12 (16%), по 6 пациентов (8%) в равном соотношении имели повреждение справа или слева. Это объясняется рядом особенностей: наличие гравитационного градиента перфузии, вентиляционно-перфузионное соотношение и механических стресс в результате специфики

распределения дыхательных нагрузок верхних легочных сегментов. Они в сумме способствуют перерастяжению альвеол, недостаточной перфузии и, как следствие, замедлению репаративных процессов поврежденных стенок. Сроки от начала заболевания: менее 7 часов – 13 (17%), от 7 до 24 часов – 14(18%), более 24 часов – 49(65%). Последнее обусловлено неспецифической слабовыраженной симптоматикой, способствовавшей больному перетерпеть недомогание, неосведомленностью пациентов и медработников о таковой нозологической форме, влияние сторонних факторов: общая усталость, крепатура мышц. Выбор хирургической тактики зависел от размера и расположения патологии. У 48 пациентов (63%) применялось только дренирование, тогда как 28 больным (37%) выполнили эндовидеохирургическое вмешательство с последующим дренированием. Такая тактика рациональна ввиду более частой самостоятельной организации и рубцевании разрыва блебы/буллы, и направлена на предотвращение послеоперационных осложнений, ухудшение дыхательной функции легких. В послеоперационном периоде повторное дренирование необходимо было 38 пациентам (50%). Для плевродеза использовался 5% йод 75 больным (98,68%), как наиболее экономически рациональное и самое управляемое средство, для индукции воспалительного процесса с целью обеспечения плевродеза. Раствор йода 5% показал себя как оптимальное средство для облитерации плевральной полости и недопущения рецидива легочной патологии в будущем. Это актуально ввиду того, что 18% пациентов имели в анамнезе буллезные изменения легочной ткани, которые себя после операции и качественного плевродеза не проявили.

Средняя продолжительность нахождения пациента составила– 11,35 койко-дня, при этом 88% пациентов были выписаны до 15 дней. Был сформирован перечень рекомендации: своевременное обращение за медицинской помощью, даже при наличии сомнительной симптоматики; отказ от курения и парения; контроль и лечение, при наличии, у пациента легочной патологии; поэтапное повышение физических нагрузок и недопущением перегрузок в ближайшее время после выписки; периодическое амбулаторное наблюдение специалистов; достаточный нутритивный объем.

Выводы:

1. В ходе исследования выявлено, что преобладают мужчины молодого возраста, большинство пациентов на момент обращения имели высокий рост, нормальную массу тела, курение в анамнезе.

2. По причине неспецифической слабовыраженной симптоматики, как правило, пациенты обращались позднее 24 часов с момента дебюта легочной патологии.

3. В основном поражались 1 и 2 сегменты легких, с левосторонним преобладанием.

4. Самая эффективная тактика лечения – дренирование, с использованием в качестве плевродеза 5% раствор йода, в результате чего были профилактированы возможные осложнения.

5. При отсутствии коморбидной патологии порядка 88% пациентов были выписаны из стационара, проведя в последнем не более 15 дней.

Литература

1. Ясногородский О. О., Шулутко А. М., Саакян Н. А. Видеоторакоскопические и видеосопровождаемые вмешательства в коррекции спонтанного пневмоторакса. Эндоскопическая хирургия 2000; 5: 34-2.
2. Высоцкий А. Г. Клинико-anamнестическая характеристика больных с буллезной эмфиземой легких и спонтанным пневмотораксом. Хирургия Украины 2006; 2 (18).
3. Мотус И. Я., Неретин А. В. Видеоторакоскопия в хирургии спонтанного пневмоторакса. Эндоскопическая хирургия 2006;
4. Rivas de Andre' s J.J., Jime' nez Lo'pez M.F., Lo' pezRodo' L.M. et al. Recommendations of the Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR). Guidelines for the diagnosis and treatment of spontaneous pneumothorax. Ach. Bronconeumol. 2008; 44 (8): 437–448.