

Гусак И. С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВНОМ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Пландовский А. В.

1-ая кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Первичный спонтанный пневмоторакс представляет собой одну из наиболее распространённых патологий в современной торакальной хирургии. По данным European Respiratory Society частота встречаемости данной нозологии среди мужского населения составляет от 7,4 до 18 случаев на 100000 населения в год. Для женского населения данный показатель составляет от 1,2 до 6 случаев в год. Риск развития рецидивного спонтанного пневмоторакса очень высок и по данным многочисленных исследований составляет от 20 до 60 процентов. Морфологическим субстратом как первичного, так и рецидивного спонтанного пневмоторакса чаще всего является буллезная эмфизема лёгких. Основным методом лечения первичного пневмоторакса является торакоцентез, дренирование плевральной полости. Также с целью профилактики рецидива показана видеоторакоскопическая атипичная краевая резекция лёгкого.

Цель: оценить эффективность оперативного при лечении рецидивного спонтанного пневмоторакса. Оценить длительность периодов между рецидивами.

Материалы и методы. На базе УЗ «10 ГКБ» проведён ретроспективный анализ историй болезней 70 пациентов с диагнозом: «Буллезная эмфизема лёгких. Рецидивный спонтанный пневмоторакс» за 2012-2016 год. Также рассматривались истории болезней первичного спонтанного пневмоторакса у данных пациентов и всех случаев рецидива.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил $39,7 \pm 7$ лет ($p < 0,05$). Мужчины составляют 70% выборки, женщины 30%. У 81,4% наблюдался один эпизод рецидива, у 12,9% - два эпизода, у 2,9% - три эпизода, а у 2,9% - четыре эпизода рецидива. При этом у 78,6% эпизод рецидива наблюдался до проведения краевой резекции лёгкого, у 8,6% после таковой. У 5,7% пациентов эпизоды рецидива спонтанного пневмоторакса наблюдались как до, так и после краевой резекции. У 7,1% видеоторакоскопическое вмешательство ввиду отдельных причин не выполнялось. Возникновение спонтанного пневмоторакса у пациентов с проведённой резекцией составляет 14,3%, при этом у 40% из данной группы возникла необходимость в повторном хирургическом вмешательстве. Период от момента проведения резекции до повторного эпизода спонтанного пневмоторакса составляет $11 \pm 4,6$ дней ($p < 0,05$).

У 20% пациентов краевой резекции предшествовал один торакоцентез. У 50% - два торакоцентеза, у 8,6% - три торакоцентеза, при этом данный вид вмешательства предшествовал резекции.

Период между эпизодом возникновения первичного спонтанного пневмоторакса до момента рецидива составляет в среднем $164,26 \pm 60,2$ день ($p < 0,05$), а период до проведения резекции составил в среднем $324,7 \pm 112,8$ дней ($p < 0,05$). Средний суммарный срок госпитализации по поводу рецидивов спонтанного пневмоторакса составляет $19,3 \pm 2,5$ дня ($p < 0,05$).

Выводы. Проведение видеоторакоскопической атипичной резекции лёгкого не гарантирует стопроцентной профилактики против рецидива спонтанного пневмоторакса. Без проведения атипичной резекции у пациентов вероятен один и более рецидив спонтанного пневмоторакса в течение года. На долю рецидивов приходится в среднем $19,3 \pm 2,5$ дня ($p < 0,05$) госпитализации пациентов.