

САМААДВОЛЬНЫ ПНЕЎМАТОРАКС І ПНЕЎМАМЕДЫЯСТЫНУМ НА ФОНЕ COVID-19: ЧЫЯ ПРАБЛЕМА І ЧЫЁ РАШЭННЕ?

Марыскевіч В.А.¹, Клімук С.А.¹, Масэсаў К.З.²

*¹Кафедра агульнай хірургіі, Беларускае дзяржаўнае медыцынскае ўніверсітэт,
г. Мінск, Рэспубліка Беларусь*

УАЗ “5 гарадская клінічная бальніца”, г. Мінск, Рэспубліка Беларусь

Уводзіны. Самаадвольны пнеўматоракс і пнеўмамедыястынум (ПТ/ПМ) на фоне віруснай паразы лёгкіх, у асаблівасці пры інфекцыі COVID-19 стаў праблемай, якая вымагала ад непрофільных раней спецыялістаў – агульных хірургаў, пульманолагаў і анэстэзіёлагаў-рэаніматологаў – надзвычайнага ўзроўню ўзаемадзеяння з таракальнымі хірургамі, апроч існых патрабаванняў да вырашэння пагрозлівых станаў сіламі і сродкамі стацыянару, дзе адбылося ўскладненне. Нягледзячы на тое, што дакладныя механізмы развіцця спантаннага ПТ/ПМ невядомыя, меркаванай прычынай з'яўляецца так званы эффект Masklin: дыфузнае альвеаларнае пашкоджанне, характэрнае для вострага рэспіраторнага дыстрэс-сіндрому, выкліканае віруснай інфекцыяй, разам з павышэннем унутрыальвеаларнага ціску (асабліва на фоне штучнай вентыляцыі лёгкіх [ШВЛ]) прыводзіць да разрыву альвеол у вольную плеўральную паражніну або міжсценне. Агульнавядома, што напружаны ПТ з'яўляецца жыццяўразлівым станам, што мусіць быць дыягнаставаны клінічна і вырашаны таксама клінічна лекарам любой спецыяльнасці, тым не менш, на практыцы мы нярэдка вымушаныя пацвярджаць стан рэнтгеналагічна і выклікаць хірурга, бо іншыя спецыялісты не валодаюць ці не ў дастатковай ступені валодаюць тонкаігольчастай пункцыяй. Што да ПМ, то дрэнаванне міжсцення выконваецца агульным хірургам толькі ў адсутнасці таракальнага.

Мэта: вызначыць актуальнасць праблемы самаадвольнага ПТ/ПМ у перыяд інфекцыі COVID-19 у практыцы агульнага хірурга.

Матэрыялы і метады. Сярод пацыентаў, якія паступілі на стацыянарнае лекаванне ва УАЗ “5 ГКБ” г.Мінска, з дыягназам на момант выпіскі, адпаведным «В34.2 каранавірусная інфекцыя неўдакладненая» па МКБ-10 у якасці асноўнага або спадарожнага захворвання, з 1 студзеня 2020 года па 31 снежня 2021 былі адабраныя пацыенты, з ПТ/ПМ. Выніковую доследную групу склалі 44 пацыента, з якіх 25 былі мужчынамі, а 19 - жанчынамі. Дыяпазон веку пацыентаў быў шырокім: самаму маладому пацыенту было 18, а самаму сталаму - 92. Дадзеныя апрацоўвалі ў праграме Numbers

Рэзультаты і абмеркаванне. Агулам сярод 8493 пацыентаў з дыягназам COVID-19 (асноўнае або спадарожнае захворванне) за двугадовы перыяд паводле клінічнай дакументацыі ПТ быў зарэгістраваны у 23 (0,27%), ПМ – у 16 (0,19%), спалучэнне ПТ/ПМ – у 5 (0,06%). Выніковая папуляцыя пацыентаў з ПТ/ПМ склала 44 чалавекі (57% - мужчыны, а 43% - жанчыны). З іх 9 пацыентаў знаходзіліся на апарате ШВЛ на момант выяўлення ўскладнення, 2 – на неінвазіўнай ШВЛ (НШВЛ) з дапамогай СРАР-шлема, 17 – на

спантаным дыханні. У сярэднім ад моманту паступлення да моманту выяўлення ПТ/ПМ праходзіла 11 дзён. У 26 пацыентаў - аднабаковы ПТ (з іх 19 - правабаковы, 7 - левабаковы), у 2 - двухбаковы, а таксама ў 16 пацыентаў - ПМ. Пераважна ПМ дыягнаставалі па дадзеных кампутарнай тамаграфіі (КТ) - 13 выпадкаў, радзей па дадзеных рэнтгенаграфіі органаў грудной клеткі (РОГК) - 3 выпадкі. Датычна дыягностыкі ПТ, такія метады як КТ і РОГК былі скарыстаны паасобку аднолькава часта (па 13 выпадкаў), радзей былі скарыстаны абодва (2 выпадкі). Толькі 1 выпадак быў задрэнаваны на падставе клінічных дадзеных хірургам, што знаходзіўся на момант развіцця ўскладнення ў адзяленні рэанімацыі. Тонкаігольчатая дэкампрэсія была выканана таксама 1 раз і таксама хірургам у працэсе пераводу пацыента ў аддзяленне рэанімацыі. У 20 пацыентаў (45%) дрэнаванне ПТ/ПМ не выконвалася, зыходзячы з малага аб'ёму ПТ, дадзеных КТ пра міжплеўральныя спайкі і іншых сведчанняў наяўнасці ненапружанага ПТ, у 18 (41%) быў устаноўлены агульным хірургам, у 6 (14%) - таракальным хірургам (усе дрэнаванні ПМ а таксама 3 выпадкі перадрэнавання ПТ). У сярэднім дрэнаж стаяў 6 дзён, мінімальна - 2 дні, максімальна - 19. У 15 пацыентаў дрэнаж быў выняты пры жыцці, 8 памерлі падчас актыўнай аспірацыі.

Лягальнасць пацыентаў з ПТ/ПМ (як паасобку, так і пры спалучэнні) складала 48%, 50% і 60% ад агульнай колькасці пацыентаў з дадзенымі ўскладненнямі адпаведна. Сярэдні ўзрост пацыентаў са смяротным зыходам склаў 73 гады.

Падчас пандэміі COVID-19 было праведзена мноства даследаванняў меркаваных ускладненняў дадзенага захворвання, у тым ліку развіцця самаадвольнага ПТ/ПМ. У навуковым артыкуле з Турцыі (2021) было апісана 10 выпадкаў COVID-19 з ПТ/ПМ ў выніку баратраўмы. У шматцэнтравым рэтраспектыўным даследаванні ў Вялікабрытаніі (2020) было 71 пацыента з COVID-19, сярод якіх у 11 быў дыягнаставаны ПМ, у 60 - ПТ, 14 з іх – няінтубаваныя. У рэтраспектыўным аглядзе з Бэйлара было 1200 пацыентаў з COVID-19, сярод якіх было выяўлена 9 выпадкаў - 8 інтубаваных – ПТ/ПМ. У даследаванні з Тэхаса было апісана 5 клінічных выпадкаў з дыягназам COVID-19 і ПТ/ПМ, якія развіліся да інтубацыі, як і ў апісанні выпадку пацыента з Нью-Джэрсі. Найбольш значным было шматцэнтравае даследаванне выпадка-кантроль, якое выканалі напачатку 2021 года ў Іспаніі, у якім паведамлялася аб 1,4 мільёнах пацыентаў у 61 аддзяленні неадкладнай дапамогі. Яны выявілі 71904 пацыента з COVID-19 (у 40 з якіх развіўся самаадвольны ПТ) і 1,3 мільёна пацыентаў без COVID-19 (у 387 з якіх развіўся самаадвольны ПТ). Нягледзячы на тое, што гэта складала менш за 1%, было даведзенае, што самаадвольны ПТ па-ранейшаму ўзнікае часцей у групе з COVID-19 (0,56%) у параўнанні з групай без COVID-19 (0,28%).

Высновы. ПТ/ПМ з'яўляюцца актуальнай праблемай для пацыентаў з віруснымі паразамі лёгкіх, у асаблівасці COVID-19. Відаводчна, што навык дрэнавання грудной паражніны і догляду дрэнажу важны для агульных хірургаў і анестэзіёлагаў з прычыны высокай рызыкі развіцця

жыццэпагражальных станаў гемадынамікі і аэрадынамікі, адсутнасці аддзялення таракальнай хірургіі ў большасці медыцынскіх устаноў і неабходнасці выкліку таракальнага хірурга на сябе. Асаблівую ўвагу прыцягвае праблема адсутнасці навыку тонкаігольчастай біяпсіі ў лекараў нехірургічных спецыяльнасцяў. Недастатковасць дадзеных гісторый хваробы не дае магчымасці вызначыць актуальнасць праблемы клінічнай дыягностыкі напружанага самаадвольнага ПТ у доследнай групе. Нягледзячы на фізіялагічную абгрунтаванасць, ва ўмовах дадзенага даследавання сувязь ўзнікнення спантаннага ПТ/ПМ з ШВЛ не відавочная, хаця, бяспрэчна, наяўнасць ці неабходнасць ШВЛ дыктуе асаблівасці тактыкі вядзення пацыентаў.