

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА



Рузибоев Санжар Абдусаломович¹, Кадиров Рустам Надирович², Кулиев Йулдош Усмонович², Холмирзаев Орзумурод Муродуллоевич²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

СПОНТАН ПНЕВМОТОРАКСНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Рузибоев Санжар Абдусаломович¹, Кадиров Рустам Надирович², Кулиев Йулдош Усмонович², Холмирзаев Орзумурод Муродуллоевич²

1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

SURGICAL TREATMENT OF SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

Ruziboev Sanjar Abdusalomovich¹, Kadirov Rustam Nadirovich², Kuliev Yuldosh Usmonovich², Kholmiraev Orzumurod Murodulloevich²

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: rsa-5555@mail.ru

Резюме. Ушбу мақолада спонтан пневмоторакс билан касалланган 47 нафар беморнинг даволаш натижалари таҳлил қилинди. Мазкур патологияни даволашнинг турли усулларининг самарадорлиги қиёсий баҳоланди. Видеоторакоскопик аралашувлар учун кўрсатмалар аниқланди. Ишлаб чиқилган даволаш тактикасининг қўлланилиши асоратлар сонини 16% га, рецидивлар сонини 10,5% га камайтиришга, шунингдек, тўлиқ реабилитация муддатини $6,1 \pm 1,0$ суткага қисқартириш имконини берди.

Калим сўзлар: спонтан пневмоторакс, миниторакотомия, видеоторакоскопия.

Abstract. Treatment outcomes for 47 patients with spontaneous pneumothorax were analyzed. The effectiveness of various treatment methods for this condition was compared. Indications for video-assisted thoracoscopic interventions were determined. The developed approach reduced complications by 16%, recurrences by 10,5%, and reduced the time to full recovery by $6,1 \pm 1,0$ days.

Keywords: spontaneous pneumothorax, minithoracotomy, video-assisted thoracoscopy.

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс (СП), развивающийся на фоне буллёзной болезни лёгких у взрослых, является неотложным состоянием, требующим своевременной диагностики и определения оптимальной хирургической тактики. Вопрос выбора наиболее эффективного метода хирургического лечения данной патологии до настоящего времени сохраняет свою актуальность [3].

Ежегодная заболеваемость СП на протяжении последних десятилетий составляет в среднем около 5 случаев на 100 000 населения, при этом мужчины болеют приблизительно в 6 раз чаще

женщин. Наиболее часто заболевание диагностируется у пациентов в возрасте от 20 до 40 лет [1, 2, 4].

Несмотря на значительные достижения современной торакальной хирургии, ряд вопросов, касающихся хирургического лечения СП, остаётся нерешённым. Выбор лечебной тактики нередко определяется не только объективными клиническими критериями, но и традициями конкретной хирургической школы. В связи с этим применяемые подходы варьируют от максимально консервативного ведения до радикальных хирургических вмешательств [3, 5, 7].

Существующие методы лечения спонтанного пневмоторакса включают плевральную пункцию, дренирование плевральной полости, открытые торакотомные и видеоторакоскопические вмешательства. Плевральная пункция может использоваться преимущественно как метод экстренной декомпрессии. Изолированное дренирование плевральной полости также не всегда обеспечивает стойкий результат, поскольку частота рецидивов после данного метода, по данным литературы, составляет от 30 до 75% [6, 7].

Открытые торакотомные вмешательства обладают высокой радикальностью, однако сопровождаются значительной операционной травмой, выраженным послеоперационным болевым синдромом, более высоким риском интра- и послеоперационных осложнений, неудовлетворительным косметическим результатом и длительным периодом функциональной и социальной реабилитации [5, 6].

В настоящее время всё большее значение в хирургическом лечении СП приобретают видеоторакоскопические операции (ВТО). Частота послеоперационных осложнений после ВТО составляет 1,7–12,2%, а рецидивов СП - около 6–10%. Вместе с тем вопросы выбора оптимального метода плевродеза и сроков перехода от дренирования к радикальному хирургическому вмешательству остаются предметом обсуждения [1, 4].

Цель исследования. Проанализировать результаты и опыт хирургического лечения больных со спонтанным пневмотораксом на фоне буллёзной эмфиземы лёгких.

Материалы и методы. В хирургических отделениях Самаркандского филиала Республи-

канского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2015 по 2026 год находились на лечении 47 пациентов со спонтанным пневмотораксом, развившимся на фоне буллёзной эмфиземы лёгких. Среди обследованных преобладали мужчины - 31 (66,0%).

Клиническая картина характеризовалась преимущественно одышкой и чувством дискомфорта. При объективном обследовании отмечались отставание соответствующей половины грудной клетки в акте дыхания и ослабление дыхательных шумов на стороне поражения.

Рентгенографию органов грудной клетки выполняли в прямой и боковой проекциях. Основными рентгенологическими признаками являлись визуализация края коллабированного лёгкого, наличие воздуха в плевральной полости, смещение средостения, изменение положения купола диафрагмы и усиленная визуализация костных структур грудной клетки на фоне повышенной прозрачности плевральной полости.

Обязательным методом обследования являлась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки, позволявшая выявлять буллёзные изменения лёгочной ткани. В 14,9% случаев были диагностированы КТ-признаки двустороннего буллёзного поражения лёгких.

Результаты. Ликвидировать пневмоторакс в течение первых суток удалось у 16 (34,0%) пациентов. Начиная со вторых суток при необходимости проводили лекарственный плевродез с подключением плевральных дренажей к системе активной аспирации.

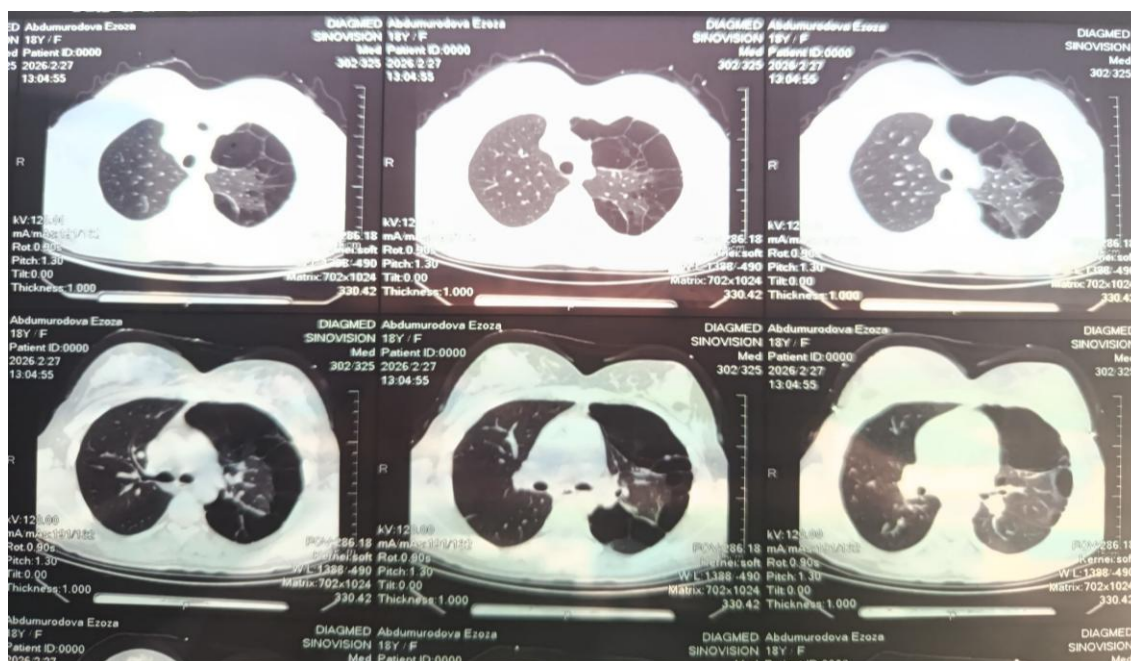


Рис. 1. Компьютерная томография органов грудной клетки при спонтанном пневмотораксе: выраженные буллёзно-эмфизематозные изменения верхней доли левого лёгкого

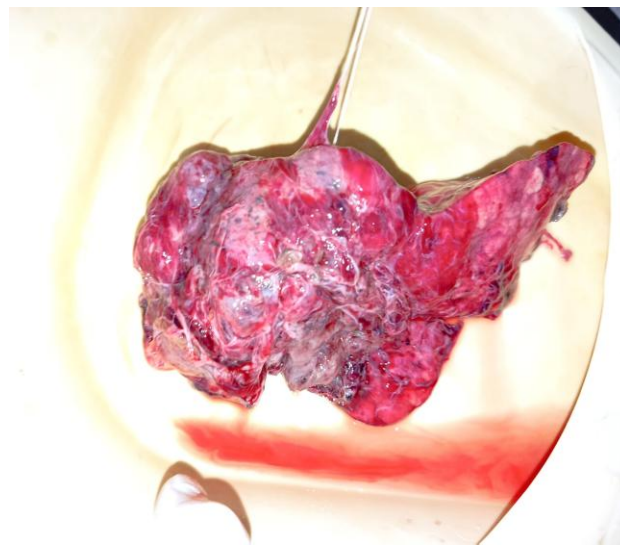
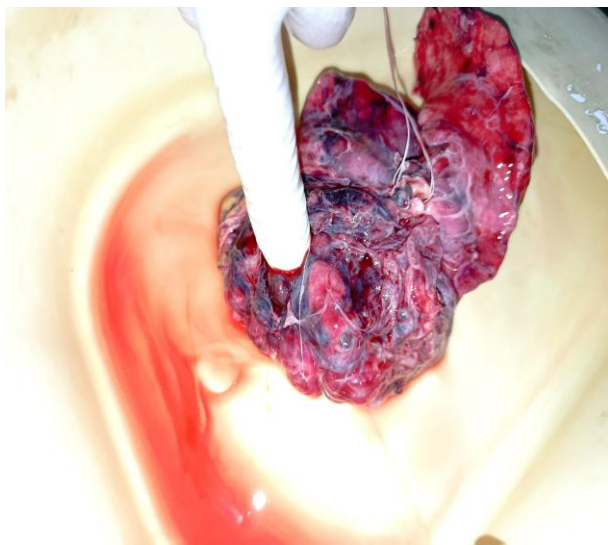


Рис. 2. Макропрепарат резецированного участка лёгкого при спонтанном пневмотораксе: выраженные буллёзно-дистрофические изменения лёгочной ткани

В течение двух суток расправление лёгкого достигнуто у 21 (44,6%) пациента, в течение трёх суток - ещё у 3 (6,4%) больных. Применялся дифференцированный подход к выбору способа аспирации и использованию лекарственного плевродеза в зависимости от объёма коллапса лёгкого и времени начала лечения.

Полный клинический эффект в результате дренирования плевральной полости достигнут у 24 (51,1%) пациентов. Дренирование оказалось неэффективным в 23 (48,9%) наблюдениях.

Анализ результатов лечения методом дренирования позволил сформулировать следующие положения:

- При малом пневмотораксе пассивное дренирование плевральной полости наиболее эффективно в первые 12 часов. При отсутствии эффекта расправление лёгкого в большинстве случаев может быть достигнуто путём активной аспирации в сочетании с лекарственным плевродезом в последующие 12–24 часа. При сохранении СП после 24 часов необходимо рассматривать показания к радикальному хирургическому вмешательству.

- При среднем и большом пневмотораксе дренирование по Бюлау в течение первых 24 часов обеспечивает удовлетворительный эффект. В исследуемой группе положительный результат зарегистрирован у 21 (44,6%) пациента. Эффективность лечения возрастала при применении активной аспирации, которую целесообразно начинать своевременно и проводить в течение 24–36 часов. При отсутствии эффекта показано радикальное хирургическое вмешательство.

- При тотальном пневмотораксе изолированное пассивное дренирование и активная аспирация характеризовались недостаточной эффективностью, в связи с чем длительное использование только этих методов является нецелесообразным.

Все хирургические вмешательства начинали с торакоскопического доступа. При неэффективности консервативно-дренирующих мероприятий выполняли радикальные хирургические вмешательства. Предпочтение отдавалось видеоторакоскопическому доступу, который использован у 29 (61,7%) пациентов.

Основной морфологической причиной спонтанного пневмоторакса являлась буллёзная болезнь лёгких.

Показаниями к видеоторакоскопическому вмешательству считали отсутствие герметичности лёгкого через 24 часа после установки плеврального дренажа при малом пневмотораксе, через 36 часов - при среднем и большом пневмотораксе, а также отсутствие эффекта в течение 24 часов при тотальном СП на фоне активной аспирации и лекарственного плевродеза. Дополнительными показаниями являлись первый рецидив СП и высокий риск выполнения открытой торакотомии.

У 41 (87,2%) пациента выполнена атипичная резекция верхушки лёгкого. В 2 (4,2%) случаях диагностированы буллёзные изменения нижней доли лёгкого.

Конверсия на открытый доступ потребовалась в 18 (38,3%) наблюдениях. Основными показаниями к переходу на торакотомию являлись технические трудности, препятствующие радикальному завершению операции видеоторакоскопическим способом, распространённое буллёзное поражение лёгочной ткани, тотальный спасательный процесс, недостаточные возможности технического оснащения, профузное кровотечение из сосудов грудной стенки или лёгкого, не контролируемое эндоскопически, а также повреждение крупных бронхов.

Во всех случаях диагноз был подтверждён результатами морфологического исследования.

В послеоперационном периоде проводили профилактику гнойно-септических осложнений и адекватное обезболивание. После дренирования плевральной полости, миниторакотомии и торакоскопических вмешательств пациентам назначали антибактериальную терапию. В течение первых трёх суток применяли ненаркотические анальгетики. Плевральные дренажи удаляли в среднем на 6–7-е сутки после операции.

Средняя продолжительность госпитализации пациентов после видеоторакоскопических вмешательств составила 10,5 суток, тогда как после торакотомии – 15,4 суток.

Рецидив заболевания зарегистрирован в 9 (19,0%) случаях. При МСКТ у этих пациентов были выявлены буллы, расположенные вне зоны ранее выполненной резекции. При повторных хирургических вмешательствах выполняли резекцию патологически изменённых участков лёгкого и плевродез париетальной плевры в проекции верхней доли с использованием аргонплазменной коагуляции.

Таким образом, учитывая значительную частоту рецидивов спонтанного пневмоторакса, дренирование плевральной полости целесообразно рассматривать как первый этап лечебной тактики. При отсутствии стойкого эффекта необходимо своевременно переходить к радикальному хирургическому вмешательству, предпочтительно с использованием видеоторакоскопического или, при соответствующих показаниях, миниторакотомного доступа.

Выводы:

Дифференцированный выбор лечебной тактики при спонтанном пневмотораксе должен основываться на объёме коллапса лёгкого, эффективности дренирования плевральной полости и длительности сохраняющейся утечки воздуха.

При отсутствии эффекта от дренирования и активной аспирации в установленные сроки целесообразно своевременное выполнение радикального хирургического вмешательства.

Видеоторакоскопическая атипичная резекция буллёзно изменённых участков лёгкого является эффективным методом хирургического лечения спонтанного пневмоторакса на фоне буллёзной болезни лёгких.

Выполнение плевродеза может быть обосновано в качестве дополнительного противорецидивного этапа, особенно при повторном спонтанном пневмотораксе.

При невозможности радикального выполнения операции видеоторакоскопическим способом, распространённом буллёзном процессе, выраженных плевральных сращениях или неконтро-

лируемом кровотечении показана конверсия на открытый доступ.

Литература:

1. Акопов А.Л., Агишев А.С., Погодина Я.В. Лечение рецидивов спонтанного пневмоторакса после ранее выполненных противорецидивных операций // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2025. Т. 184, № 1. С. 49–54. doi:10.24884/0042-4625-2025-184-1-49-54.
2. Бежин А.И., Клеткин М.Е., Литвиненко И.В., Фисюк А.А. Спонтанный пневмоторакс: некоторые аспекты этиологии, патогенеза и лечения (обзор литературы) // Человек и его здоровье. 2021. Т. 24, № 1. С. 37–46. doi:10.21626/vestnik/2021-1/05.
3. Вачёв А.Н., Адыширин-Заде Э.Э., Фролова Е.В., Олефилов А.С., Козлов А.А. Оптимизация хирургической тактики при лечении больных со спонтанным пневмотораксом // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013. № 6. С. 26–28.
4. Михеев А.В., Трушин С.Н. Многолетний опыт лечения спонтанного пневмоторакса в условиях одного медицинского центра // Туберкулез и болезни легких. 2023. Т. 101, № 5. С. 20–25. doi:10.58838/2075-1230-2023-101-5-20-25.
5. Темирбулатов В.И., Иванов И.С., Клеткин М.Е. Современные принципы хирургического лечения первичного спонтанного пневмоторакса // Перспективы науки и образования. 2018. № 1(31). С. 257–259.
6. Темирбулатов В.И., Иванов И.С., Окунев О.А., Клеткин М.Е., Сарычев А.В. Рецидив буллёзной эмфиземы лёгких, осложнённой спонтанным пневмотораксом, после радикальной буллэктомии // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2017. Т. 10, № 1(34). С. 32–35.
7. Чарышкин А.Л., Глушенко Л.В. Результаты лечения спонтанного пневмоторакса // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 3.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

*Рузибоев С.А., Кадилов Р.Н., Кулиев Й.У.,
Холмиров О.М.*

Резюме. Анализированы результаты лечения 47 больных со спонтанным пневмотораксом. Проведена сравнительная оценка эффективности различных методов лечения указанной патологии. Определены показания к видеоторакоскопическим вмешательствам. Применение разработанной тактики позволило уменьшить число осложнений на 16%, количество рецидивов на 10,5%; сократить сроки полной реабилитации на 6,1±1,0 суток.

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс, миниторакотомия, видеоторакоскопия.