

В. Є. Сафонов, К. В. Кравченко, Д. І. Дудла
ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ ЗІ СПОНТАННИМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Головний військовий медичний клінічний центр "ГВКГ"

Термін "спонтанний пневмоторакс" (СП) був введений в практику в 1803 році Лаєнеком. Але і до цього часу проблема лікування цього стану потребує удосконалення. Частота СП — 2,7–7 % від загальної кількості хворих торакального профілю. Частіше хворіють люди працездатного віку, від 16 до 40 років. Дренування плевральної порожнини — звичайний метод лікування спонтанного пневмотораксу. Та в 22–50 % випадків виникають ранні рецидиви. Торакотомія з резекцією бул в поєднанні з плевродезом призводить до успіху майже в 100% спостережень, але при цьому проявляються основні недоліки самої торакотомії. В останні роки все частіше при лікуванні СП застосовується відеоторакоскопія (BTC), яка в більшості випадків з успіхом заміщує більш травматичні втручання.

З 2010 по 2014 р.р. в клініці торакальної хірургії ГВМКЦ "ГВКГ" знаходились на лікуванні 75 хворих, які перенесли СП, у віці від 18 до 76 років. У 59 хворих СП був первинний, у 16 — вторинний, основними причинами якого були запальні та хронічні обструктивні захворювання легень. У 30 хворих пневмоторакс був тотальний, у 45 — частковий; у 31 пацієнта пневмоторакс був рецидивним (до 7 разів). Алгоритм лікування хворих з СП полягав в наступному: після госпіталізації в клініку виконувалось дренування плевральної порожнини із застосуванням активних методів аспірації. Після розправлення легені проводилось обстеження з застосуванням комп'ютерної томографії (КТ) легень з метою визначення причини пневмотораксу. Якщо за допомогою активної аспірації за 3–4 доби не вдавалось розправити легеню або добитись стійкого аеростазу, виконувалось оперативне втручання. Після дренування плевральної порожнини, розправлення легені та виконання КТ ОГК, застосовувалась наступна хірургічна тактика: 1) при спонтанному пневмотораксі, що виник вперше, навіть при наявності бульозних змін, пацієнту пропонувалось спостереження; 2) при рецидивному пневмотораксі, а також в випадках, коли пацієнт з пневмотораксом, що виник вперше, наполягав — ставились показання для протирецидивного хірургічного лікування. Вибір методу і об'єму оперативного втручання визначався характером змін в легені і плевральній порожнині, наявністю ускладнень, віком і функціональним станом хворого.

Дренування плевральної порожнини виконане 72 пацієнтам (96%). За терміновими показаннями, при відсутності аеростазу, прооперовано 8 пацієнтів (10,67%), в плановому порядку прооперовано 33 пацієнта (44%). При виконанні операції рішали два завдання: 1) усунення виявлених бульозних змін (резекція, коагуляція); 2) створення плевродезу. При відсутності бульозних змін в легені виконували резекцію верхівки легені.

Виконані наступні операції: 1) BTC, електрокоагуляція бул, електроскарифікація плеври, хімічний плевродез (12 пацієнтів); 2) BTC, резекція легені, бул, електроскарифікація плеври (7 пацієнтів); 3) торакотомія, резекція легені, бул, механічна та електроскарифікація плеври (14 пацієнтів).

При плануванні лікування перевага віддавалась відеоторакоскопічним операціям. Показанням до торакотомії були: 1) III тип змін (найбільш виражені) в легені по Р.С. Antony (1999) — 5 випадків; 2) відсутність можливості (як правило, фінансової) застосувати ендоскопічні зшиваючі апарати — 7 випадків; 3) наявність запальних ускладнень та злукровий процес — 1 випадок; 4) рецидив після попередньо виконаної відеоторакоскопії — 1 випадок.

В післяопераційному періоді у пацієнтів, яким виконана BTC з електрокоагуляцією бул в двох випадках відмічена відсутність аеростазу на протязі 3 діб, в одному випадку виявлений рецидив пневмотораксу через місяць після втручання. У пацієнтів, яким була виконана торакотомія, рецидивів не було, однак відмічався виражений больовий синдром, що потребувало застосування наркотичних анальгетиків (до 3-х діб), призвело до виникнення в 2-х випадках госпітальної пневмонії, збільшувало строки стаціонарного лікування (в середньому 9–10 діб, проти 5–6 при BTC).

Висновки: 1) вибір об'єму оперативного втручання потребує досконалого передопераційного обстеження з визначенням характеру змін в паренхімі легені, а сама операція — неодмінного виконання всіх етапів; 2) малоінвазивні втручання, які позбавлені недоліків торакотомії, повинні домінувати при лікуванні СП; 3) покращення результатів застосування відеоторакоскопії, розширення показань для її використання при лікуванні СП, пов'язано з використанням сучасних технологій: аргонплазмової та лазерної коагуляції бул, застосуванні ендостеплерів для виконання резекцій легені.