

І. Ю. Осійський, А. Ю. Циганков, Л. В. Колосюк
СПОНТАННИЙ ПНЕВМОТОРАКС У ХВОРИХ У ФТИЗІОХІРУРГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

Вінницьке обласне спеціалізоване територіальне медичне об'єднання «Фтизіатрія»

Спонтанний пневмоторакс (СП) — одне з самих драматичних та трагічних ускладнень патології органів дихання. СП — це надходження повітря в плевральну порожнину із легені, при порушенні цілісності вісцерального листка плеври. Виникає СП при різній патології легень та плеври. Самою частою причиною його є ТБЛ. СП виникає у пацієнтів з ВДТБ, РТБ, ХТБ та ЗЗТБ через бульозну емфізему. При СП повітря з легені поступає між листків плеври, що призводить до подразнення больових нервових рецепторів парієтального листка плеври і виникненню гострого больового синдрому. Повітря, яке накопичується між листками плеври, призводить до колапсу легені та виникненню різної ступені гострої дихальної недостатності, що є прямо пропорційною ступеню колапсу легені (Патент України на корисну модель № 91957 від 25.07.2014 р., Свідоцтво України про реєстрацію авторського права № 54626 від 06.05.2014 р.) Повітря і колабована легеня тиснуть на органи середостіння і серце, що призводить до гострих серцево-судинних розладів.

У фтизіохірургічному відділенні з 1980 року лікувалось 1214 пацієнтів з СП, у віці від 15 до 75 років, чоловіків — 1082 (89,2%), жінок — 132 (10,8%). Двобічний СП був у 16 пацієнтів (1,3%), в одного пацієнта — відкритий субтотальний СП однієї (правої) легені. У 1039 пацієнтів (91,4%) — СП виник внаслідок активного ТБЛ. Серед них: дисемінований ТБЛ — у 65%, в т.ч. у 12% - МТБ, у 29% - інфільтративний, у 6% - фіброзно-кавернозний ТБЛ. У 130 пацієнтів (10,7%) — СП виник на фоні ЗЗТБ через бульозну емфізему, у 45 пацієнтів (3,7%) — СП виник внаслідок неспецифічних уражень легень. У 267 пацієнтів (22%) був обмежений СП, у 607 пацієнтів (50%) — субтотальний СП, у 340 (28%) — тотальний СП. Закритий СП був у 789 пацієнтів (65%), відкритий — у 377 пацієнтів (31%), та у 48 (4,6%) — клапанний СП. У 503 пацієнтів (41,4%) діагностований пневмоплеврит, у 31 пацієнта

(2,5%) — гемопневмоторакс, у 17 пацієнтів (1,4%) — хілопневмоторакс, у 39 (3,2%) — емпієма плеври.

Хворі продовжували отримувати антимікобактеріальну терапію згідно чутливості МБТ.

У 224 пацієнтів (18,3%) легеню вдалось розправити і вилікувати СП після 2-4 плевральних пункцій з аспірацією повітря та плеврального вмісту, та з введенням в плевральну порожнину розчину антибіотиків: стрептоміцину — 1 г, пеніциліну — 1 млн ОД, гідрокортизону - 50 мг, розчинених в 20 мл 0,25 % р-ну новокаїну. У 721 пацієнта (59,4%) було виконано паліативне хірургічне втручання — закрити торакотомію з дренуванням плевральної порожнини по Суботіну-Бюлау з активною аспірацією вмісту і введення в порожнину антимікобактеріальних препаратів, антибіотиків, антисептиків. У 112 пацієнтів (9,3 %) виконано різні радикальні хірургічні оперативні втручання. Серед них у 10 пацієнтів виконано пневмонектомії, у 20 пацієнтів - лобектомії, у 58 пацієнтів - лобектомії з плевректомією та декортикацією легені, у 20 - сегментектомії з декортикацією та плевректомією, у 3 пацієнтів виконано 5-6 реберні торакопластики з міопластиками. У одного пацієнта з однією правою легенею з інфільтративним ТБЛ в фазі розпаду, МБТ(+), виник правобічний субтотальний відкритий СП - йому було виконано після торакотомії розкриття каверни, очищення її від казеозно-неаротичних мас та пломбування колагеном, імпрегнованим антимікобактеріальними препаратами, та міопластикою каверни. Легеня розправилась, туберкульозний процес вилікувано.

116 пацієнтів (9,6 %) померли від прогресування туберкульозного процесу, емпієми плеври та ЛСН.

42 пацієнти (3,4 %) — продовжують лікування.

Таким чином, в результаті комплексного лікування вдалося розправити легені і вилікувати СП у 1056 пацієнтів (87 %).