

УДК 616.25-003.417.7 (575.2) (04)

БУЛЛЕЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННАЯ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

И.С. Фунлоэр – докт. мед. наук, профессор

The article describes in detail etiopathogenesis, clinical picture, diagnosing and methods of surgical treatment of bullous disease and its complication being an actual problem of thoracic surgery.

Спонтанный пневмоторакс – это такое состояние, когда внезапно появляется воздух в плевральной полости, без клинически выраженного предшествующего легочного заболевания, на фоне полного благополучия [1–3]. Причины возникновения спонтанного пневмоторакса различные: изменения в бронхиальном дереве при хроническом бронхите, приводящие к появлению препятствия в сегментарных бронхах, клапанного характера, ведущие к повышению давления в дистальных отделах бронха и альвеол. В результате повышенного давления происходит переполнение альвеол воздухом на определенном участке ткани легкого с утончением межальвеолярных перегородок с последующим формированием под висцеральной плеврой тонкостенных пузырей, которые склонны к разрыву. Эти пузыри и носят название буллезная эмфизема. Способствующими факторами в ее формировании являются частые простуды, длительный сухой кашель, курение, загрязненность воздуха пылевыми частицами, а также перенесенные бронхопневмонии, туберкулез и саркоидоз. Буллезная эмфизема может протекать незаметно или проявляться осложнением, когда буллы разрываются, что приводит к развитию спонтанного пневмоторакса, требующего срочного специализированного вмешательства.

Нами анализированы результаты лечения 107 больных спонтанным пневмотораксом за 1990–2006 гг. Возраст пациентов колебался от

27 до 73 лет. Мужчин – 101, женщин – 6. Пневмоторакс в правой половине грудной клетки был выявлен у 71 больного, слева – у 36.

Все больные отмечают резкие боли в грудной клетке, которые отдавались в область ключицы, шею и в руку, наблюдалась одышка при физической нагрузке.

Приступ кашля выявлен у всех больных, при этом боли усиливались в грудной клетке и невозможно было сделать глубокий вдох. При физической нагрузке учащалось дыхание. Тахикардия зарегистрирована у 104 больных, пульс при этом достигал 100 уд/мин. Повышение артериального давления отмечено у 2 больных, в анамнезе у них наблюдалась гипертоническая болезнь.

При объективном исследовании у 104 больных со спонтанным пневмотораксом было выявлено расширение межреберных промежутков, а у остальных больных без особенностей. У 15 больных обнаружена массивная подкожная эмфизема, распространившаяся на голову, шею, туловище и мошонку. Результат неадекватного дренирования плевральной полости: перкуторно над здоровыми легкими легочной звук, на стороне пневмоторакса тимпанит у 105 больных, у 15 больных с подкожной эмфиземой перкуторного звука не удалось определить из-за крепитации в подкожной клетчатке. Аускультативно у 106 больных на стороне пневмоторакса дыхание резко ослабленное, почти не выслушивается. На здоровой

стороне у всех 106 больных дыхание усиленное везикулярное. Нормальное артериальное давление отмечено у 34 больных соответственно 120/80/70, у 73 больных оно было повышенным до 170/100. Смещение средостения отмечено у 104 пациентов.

Всем больным были проведены рентгенологические обследования, на обзорной рентгенограмме выявлены пневмоторакс и коллабированное легкое различной степени. Справа пневмоторакс у 71 больных, слева – у 36. До стационара 102 больным была произведена пункция, из них у 15 – дренирование. При этом расправить легкое и создать вакуум им не удалось. Кроме наличия воздуха в плевральной полости на рентгенограмме видно пристеночное просветление в виде большей или меньшей зоны, лишенной легочного рисунка, у края спавшегося легкого.

Буллезное образование, которое вызвали пневмоторакс на рентгенограмме, нами почти не было выявлено. Классические рентгенологические методы исследования не всегда являются эффективными в выявлении и оценке характера диффузных интерстициальных процессов в легких, особенно при пневмотораксе.

Компьютерная томография позволяет расширить диагностические возможности в выявлении различных изменений легочной паренхимы, например, пузыри с тонкими, четкими и ровными стенками.

Диагностическая пункция была проведена всем больным, при этом не удалось расправить легкое и создать вакуум.

Всем больным в срочном порядке была проведена торакоскопия. Кроме некоторых больных, у 15 имелась дренажная трубка, через которую идет большой сброс воздуха и эмфизема.

При торакоскопии было обнаружено запавшееся легкое и наличие тонкостенных пузырей в верхней доле, дефект на вершине одного из пузырей, откуда и поступает воздух. Наличие жидкости в плевральной полости выявлено у 62 больных.

Таким образом, торакоскопически был выставлен клинический диагноз: буллезная болезнь, осложненная спонтанным пневмотораксом, бронхиальный свищ у 105 из 107 больных.

Наличие воздуха в плевральной полости, безуспешность расправления легкого пункцией, дренирование, наличие буллезных образований в легком и бронхоплеврального свища определило показание к операции.

Всем 107 больным была проведена переднебоковая торакотомия в 5 межреберье: 71 больному справа, а 36 – слева. При этом было выявлено множество булл в верхней доле справа и слева у 105 больных, с наличием свищевого отверстия в одном из пузырей, откуда поступает воздух. Часть этих пузырей резецировано, а часть коагулировано, бронхиальные свищи ушиты П-образными швами. Проверено на аэролиз, после чего плевральная полость заливалась раствором йодиола. Операция заканчивалась дренированием плевральной полости во 2 межреберье по переднеоксильярной линии и в 8 межреберье по заднеоксильярной линии по Бюлау.

У 7 больных из 105 оперированных больных была проведена принципиально новая операция: после резекции булл с ушиванием бронхиальных свищей, выкраивался лоскут париетальной плевры по размеру большей, чем площади резецированных и ушитых булл. Лоскут накладывался на патологический участок и вокруг в пределах здоровой легочной ткани ушивался П-образными швами, по диагонали этого лоскута накладываются дополнительные укрепляющие и прижимающие швы. Таким образом, для предупреждения рецидива пневмоторакса мы создали дополнительное укрепление патологического участка легочной ткани лоскутом из париетальной плевры. Данный метод назван: “Пластика дефекта легочной ткани лоскутом париетальной плевры и больных буллезной болезнью, осложненной спонтанным пневмотораксом”. Этот метод впервые был апробирован и внедрен на 7 больных в торакальном отделении Национального госпиталя. Получены хорошие результаты после операции. Метод как профилактика рецидива был применен впервые.

В послеоперационном периоде у всех больных в течение 2 суток поступал воздух различной интенсивности, что в последующем прекратилось.

На контрольной рентгенограмме легкое расправлено, на 4-е сутки дренажные трубки

были удалены, на 8-е были сняты швы, рана зажила первичным натяжением, на 13-е больные выписаны домой в хорошем состоянии.

Выводы

1. Буллезной болезнью страдают в основном мужчины.

2. Спонтанный пневмоторакс является одним из осложнений буллезной болезни.

3. Торакоскопия является самым эффективным методом диагностики буллезной болезни легких.

4. Применение раствора йодиола предупреждает рецидив пневмоторакса.

5. Пластика дефекта легочной ткани лоскутом париетальной плевры ведет к ускоренному заживлению и исключает рецидив.

Литература

1. *Chiang W.C., Chen W.J., Chang K.J., Lai T.I., Yuan A.* Spontaneous hemopneumothorax: an overlooked life-threatening condition // *Am J. Emerg Med.* – 2003. – №21(4). – P. 343–345.
2. *Kruger M., Ermitsch M., Uschinsky K., Engelmann C.* Results of video-assisted thoracoscopic surgery for pneumothorax // *Zentralbl Chir.* – 2003. – №128(8). – P. 645–651.
3. *Ozcan C., McGahren E.D., Rodgers B.M.* Thoracoscopic treatment of spontaneous pneumothorax in children // *J. Pediatr. Surg.* – 2003. – №38(10). – P. 1459–1464.