Видеоторакоскопия в диагностике и лечении спонтанного пневмоторакса

Смецков Д.А. (1), Криворучко И.А.(2), Федак Б.С (1(), Вовк В.А. (1).

Харьков, Украина

1) Областная клиническая больница2) Харьковский национальный медицинский университет

Спонтанный пневмоторакс является одной из причин госпитализации больных с ургентной легочной патологией в специализированные торакальные и общехирургические отделения и составляет до 12% всех пациентов, поступающих с острыми заболеваниями органов груди. Частота спонтанного пневмоторакса по данным разных авторов составляет от 1 до 18 случаев на 100000 населения в год. Ежегодно только в США фиксируется около двадцати тысяч новых случаев заболевания спонтанным пневмотораксом. Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения спонтанного пневмоторакса. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 83 больных обоего пола, соотношения мужчин и женщин 8,2:1. При выполнении торакоскопии оценка объема поражения легочной ткани буллезной дистрофией при спонтанном пневмотораксе выполнялась по классификации Vanderschueren и Boutin. Показаниями к выполнению торакоскопии при спонтанном пневмотораксе являлись: неэффективность трансторакального дренирования, т.е. отсутствие герметичности легкого при нарастающем или сохраняющемся пневмотораксе; рецидив спонтанного пневмоторакса у пациентов; впервые возникший пневмоторакс у пациентов, в анамнезе которых был эпизод пневмоторакса с противоположной стороны; неразрешающийся пневмоторакс у пациентов с высоким соматическим риском для выполнения торакотомии. Результаты. В 14 из 83 случаев при торакоскопической диагностике не было выявлено видимой патологии со стороны легочной ткани - визуализировано эндоскопически неизменное легкое (I тип), в 9 были визуализированы единичные плевропульмональные сращения (II тип), по разделении которых булл и перфорации легочной ткани не было диагностировано. Соответственно диагностическая торакоскопия была завершена плевродезом. У 43 больных были диагностированы булл, до 2 см в диаметре (III тип) – им была выполнена атипичная резекция легкого. IV тип поражения легочной ткани (буллы более 2 см в диаметре, вплоть до гигантских, занимающих долю легкого и более) выявлены у 14 анализируемых больных. В послеоперационном периоде, в 2 случаях у больных наступил рецидив пневмоторакса, что потребовало выполнения торакотомия и атипической резекция легкого. При анализе отдаленных результатов (в сроки до 3-х лет) рецидива спонтанного пневмоторакса не было зафиксировано. Возникновение спонтанного пневмоторакса у больных старше 40 лет (10) было связано с наличием опухоли легкого, туберкулеза и саркоидоза легких. Данная возрастная группа нуждается в более детальном обследовании для определения характера патологического процесса в легком (рентгенологическое, бронхоскопическое, рентгеновская компьютерная томография и т.д.). Плевральные пункции и дренирование плевральной полости у этих больных направлены на расправление легкого и создают условия для осуществления диагностики причин спонтанного пневмоторакса. Выводы. Видиоторакоскопия, при лечении спонтанного пневмоторакса является эффективным диагностическим и лечебным вмешательством. Исходы лечения спонтанного пневмоторакса зависят от вида легочной патологии и использования метода лечения. Уточнение морфологического характера заболевания легких и его распространенности позволяет избрать оптимальный вариант вмешательства на легком. Применение видиоторакоскопических и видеоассистированных методов лечения позволяет значительно сократить количество рецидивов, эти методы лечения малотравматичны, как правило, сопровождаются минимальным количеством интра- и послеоперационных осложнений.