

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Предложена новая хирургическая тактика в лечении спонтанного пневмоторакса у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс, недифференцированная дисплазия соединительной ткани.

Спонтанный пневмоторакс (СП) является одной из актуальных проблем в современной хирургии. В последние годы увеличивается количество пациентов с буллезным поражением легких и, как следствие, растет число больных со спонтанным пневмотораксом.

Преобладание среди пациентов лиц трудоспособного возраста, а также трудности в выборе адекватной диагностической и лечебной тактики являются причинами повышенного внимания к этому патологическому состоянию, особенно торакальных хирургов, и определяют социальную значимость проблемы.

Спонтанный пневмоторакс определяется как синдром острой дыхательной недостаточности, возникающий в результате разрыва висцеральной плевры и последующего нарушения дыхательной функции легкого [1]. Заболеваемость спонтанным пневмотораксом составляет 7 на 100 000 мужчин и 1 на 100 000 женщин [2].

Наиболее часто данный синдром встречается в молодом возрасте. Причинами спонтанного пневмоторакса в большинстве случаев является разрыв висцеральной плевры на фоне различных хронических заболеваний дыхательной системы, ранее не диагностированных. К ним относятся: буллезная форма эмфиземы, реже — абсцесс легкого и крайне редко — распадающаяся опухоль легкого.

При возникновении пневмоторакса повышается внутриплевральное давление, происходит коллапсирование легкого, в результате чего нарушается его вентиляция и снижается сердечный выброс за счет уменьшения притока крови в малый круг. Тяжесть состояния больного зависит от вида пневмоторакса и от степени повреждения легкого [3].

Наиболее часто СП встречается у лиц молодого возраста 17–25 лет. В 70 % случаев у данной катего-

рии больных имеются признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). В отечественной и зарубежной литературе достаточно хорошо раскрыты все вопросы, связанные с хирургическим лечением спонтанного пневмоторакса. Однако в лечении данного заболевания не учитывается присутствие такой важнейшей системной патологии, как НДСТ, имеющей широкое распространение в популяции и, безусловно, влияющей на течение и исход любого заболевания.

В настоящее время в литературе практически не представлены данные хирургической тактики лечения спонтанного пневмоторакса у пациентов с фоновой недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Целью настоящего исследования явилось улучшение качества лечения пациентов со спонтанным пневмотораксом на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани путем применения активной и эффективной хирургической тактики.

Материал и методы исследования

Нами проведено наблюдение за пациентами со спонтанным пневмотораксом, находившимися на лечении в торакальном отделении ОГКБ № 1 им. А. Н. Кабанова за период с 2005 по 2009 год, у которых имелись фенотипические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Диагностика дисплазии осуществлялась согласно проекту рекомендаций по наследственным нарушениям соединительной ткани Всероссийского научного общества кардиологов.

Для диагностики СП применялись рентгенологические методы: флюорография, обзорная рентгенография и мультиспиральная компьютерная томография груди.

Таблица 1
Структура фенотипов НДСТ у пациентов со спонтанным пневмотораксом

Фенотипы НДСТ	Группа основная (n = 195)		Группа сравнения (n = 89)	
	абс.	%	абс.	%
Пролапс митрального клапана	10	5,1	5	5,6
Марфаноидная внешность	15	7,7	4	4,5
Марфаноподобный фенотип	149	76,4	72	80,9
Элерсиподобный фенотип	14	7,2	4	4,5
Синдром гипермобильности суставов	5	2,6	3	3,4
Синдромы со смешанным фенотипом	1	0,5	0	0
Неклассифицируемый фенотип	1	0,5	1	1,1



Рис. 1. Хирургическое лечение первого эпизода спонтанного пневмоторакса в группе сравнения

В исследовании принимал участие 371 пациент со спонтанным пневмотораксом. Мужчин — 249 (86,8 %), женщин — 122 (13,2 %). Средний возраст мужчин составил 33,2 года, женщин — 32,9, общий — 33,6 года.

Синдром НДСТ выявлен у 284 (76,5 %) пациентов. Из них мы выделили две группы. Пациенты, которым проводилась видеоторакоскопия с плевродезом при первом эпизоде спонтанного пневмоторакса, составили основную группу (n = 195). Пациенты, которым проводилось только дренирование плевральной полости с последующей выпиской из стационара после расправления легкого и удаления плеврального дренажа — группа сравнения (n = 89). Кроме того, нами сформирована группа контроля — у этих пациентов со спонтанным пневмотораксом не было признаков НДСТ.

В исследуемых группах — основной и сравнения — распределение пациентов по фенотипам НДСТ представлено в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что по фенотипам НДСТ группы сопоставимы.

Время от начала заболевания до госпитализации составляло от 1 до 78 часов.

Результаты и их обсуждение

Хирургическое лечение пациентов с первым эпизодом спонтанного пневмоторакса в группе сравне-

ния складывалось из следующих последовательных мероприятий (рис. 1).

При анализе истории болезней пациентов с первым эпизодом спонтанного пневмоторакса на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани, которым выполнялось только дренирование плевральной полости нами выявлено, что в 75 % случаев пневмоторакс рецидивировал в первый год после выписки из стационара, что заставляло пациентов повторно обращаться за медицинской помощью. В группе контроля, у наших пациентов без НДСТ рецидив пневмоторакса случился в 27 % случаев.

Учитывая опыт предыдущих лет в лечении спонтанного пневмоторакса у пациентов с НДСТ, очевидно, что нет ни какого смысла дожидаться второго эпизода, необходимо уже в первое обращение больных с данной патологией пытаться добиться стойкого плевродеза с использованием торакоскопической техники. Химический плевродез не оправдал себя из-за многочисленных осложнений в виде пневмонитов, возникающих в позднем послеоперационном периоде, и все тех же рецидивов пневмоторакса.

Париетальная плеврэктомия, по мнению большинства специалистов, занимающихся проблемой спонтанного пневмоторакса, является методикой выбора. Однако тактические вопросы ее применения являются дискуссионными. Нами принята следующая тактика лечения пациентов с первым эпизодом спонтанного пневмоторакса на фоне НДСТ (рис. 2).



Рис. 2. Хирургическое лечение первого эпизода спонтанного пневмоторакса в основной группе

Таблица 2
Распределение пациентов (n) с осложнениями в зависимости от фенотипа НДСТ в основной группе

Фенотипы НДСТ	Внутриплевральное кровотечение	Свернувшийся гемоторакс	Ателектаз	Бронхит	Пневмония	Рецидив пневмоторакса	Пневмоторакс контралатерального легкого	Торакоалгия
Пролапс митрального клапана	1							1
Марфаноидная внешность	1			3	1	1	1	
Марфаноподобный фенотип	2	1	1	4	3	1	2	1
Элерсеподобный фенотип	9	3					1	1
Синдром гипермобильности суставов			1	1			1	
Синдромы со смешанным фенотипом				1				
Неклассифицируемый фенотип	1							

В приемном отделении пациенту выполняется дренирование плевральной полости на стороне поражения, выполняется контрольная обзорная рентгенография грудной клетки, при расправленных легких проводится ряд специальных дополнительных исследований:

- мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ);
- спирография;
- фибробронхоскопия с цитологическим исследованием промывных вод.

Проведенные в ближайшие 2–3-е суток обследования позволяют оценить состояние как заинтересованного, так и контралатерального легких, функцию внешнего дыхания и исключить туберкулезную природу поражения. Далее, независимо от наличия или отсутствия сброса воздуха по плевральному дренажу, выполняется видеоторакоскопическое вмешательство. В качестве метода анестезии мы предпочитаем комбинированный наркоз с раздельной искусственной вентилиацией легких. На первом этапе вмешательства выполняем тщательный осмотр эндогемоторакса. При наличии патологических образований в легком (буллы, кисты) выполняется их прошивание, электрокоагуляция или резекция пораженного участка легкого. Затем проводим субтотальную плеврэктомию, гемостаз и дренирование плевральной полости двумя силиконовыми дренажами с последующей активной аспирацией отрицательным давлением 0,2 атм.

Всего оперировано нами данной методикой 102 (52,3 %) пациента, средний возраст 32,1 года.

Интраоперационных осложнений не было. Осложнения после операции были следующими:

- Ранний послеоперационный период:
- внутриплевральное кровотечение — 18 (17,6 %);
 - свернувшийся гемоторакс — 4 (3,9 %);
 - ателектаз — 2 (1,9 %);
 - бронхит — 9 (8,8 %).

Надо отметить то, что наблюдающиеся при классической торакотомии осложнения со стороны послеоперационной раны (серомы, гематомы, нагноения), практически отсутствуют при торакоскопических методах оперативного пособия, что связано с малой операционной травмой и минимальным количеством шовного материала в ране. В основном преобладали геморрагические осложнения.

Умер один пациент от массивного диффузного внутриплеврального кровотечения, связанного с развившимся синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Летальность составила 0,9 %.

Нами не отмечены какие-либо осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы.

В позднем послеоперационном периоде наблюдали следующие осложнения:

- пневмония — 4 (3,9 %);
- рецидив пневмоторакса — 2 (1,9 %);
- пневмоторакс контралатерального легкого — 5 (4,9 %);
- торакоалгия — 3 (1,9 %).

Мы провели анализ осложнений в подгруппах пациентов с различными фенотипами НДСТ (табл. 2). Были выявлены следующие особенности:

- у пациентов с элерсеподобным фенотипом наблюдаются в основном геморрагические осложнения;
- у пациентов с марфаноподобным фенотипом осложнения воспалительного характера;
- у пациентов с другими фенотипами количество осложнений незначительно, характер их разнороден.

Выводы

1. У пациентов со спонтанным пневмотораксом необходимо выявлять основные фенотипы недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

2. Первый эпизод спонтанного пневмоторакса у пациентов с НДСТ является прямым показанием к активной хирургической тактике.

3. Видеоторакоскопия с плеврэктомией является эффективным методом лечения спонтанного пневмоторакса у пациентов с НДСТ.

4. Есть предположение, что фенотипы НДСТ определяют развитие тех или иных осложнений в послеоперационном периоде у пациентов со спонтанным пневмотораксом, что требует дальнейшего изучения.

5. Необходимо четко разработать показания к оперативному пособию, методу и объему плевродеза при спонтанном пневмотораксе у пациентов с НДСТ, что в дальнейшем может предотвратить послеоперационные осложнения.

Библиографический список

1. Пахомов, Г. А. Тактика лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса (методические рекомендации) / Г. А. Пахомов, Э. С. Исламбеков, Д. А. Исмаилов. — Ташкент, 2004. — С. 3.

2. Порханов, В. А. Торакоскопия в лечении буллезной эмфиземы легких, осложненной пневмотораксом / В. А. Порханов,

В. С. Мова // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 1996. — № 5. — С. 47.

3. Мотус, И. Я. Видеоторакоскопия в хирургии спонтанного пневмоторакса / И. Я. Мотус, А. Неретин // Эндоскопическая хирургия. — 2006. — № 4. — С. 44.

СУЗДАЛЬЦЕВ Андрей Муратович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии Омской государственной медицинской академии.

КОРЖУК Михаил Сергеевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Омской государственной медицинской академии.

СИТНИКОВА Валентина Михайловна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением торакальной хирургии Омской городской клинической больницы № 1 им. А. Н. Кабанова.

СОКОЛОВ Сергей Анатольевич, врач торакальный хирург Омской городской клинической больницы № 1 им. А. Н. Кабанова.

Адрес для переписки: e-mail: suz-andrej@yandex.ru

Статья поступила в редакцию 18.08.2010 г.

© А. М. Суздальцев, М. С. Коржук, В. М. Ситникова, С. А. Соколов

УДК 613.99+618.177-055.2

**З. Б. ТАСОВА
О. П. ГОЛЕВА**

Омская государственная
медицинская академия

О РЕЗУЛЬТАТАХ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА СТУДЕНТОВ ВУЗОВ г. ОМСКА

В статье представлены результаты научного исследования полового поведения студентов учреждений высшего профессионального образования, получена информация об источниках безопасности половой жизни. Оценена потребность в существовании медицинской службы по работе с молодежью. Студентам была предоставлена возможность высказать замечания в адрес службы по работе с молодежью, которые будут учтены при разработке профилактических мероприятий.

Ключевые слова: половое поведение, аборт, знания о безопасности половой жизни.

Одной из важнейших составляющих репродуктивного потенциала страны является молодежь, половое поведение которой подвержено влиянию множества социальных и медицинских факторов. Как известно, начало половой жизни сопровождается возникновением вопросов об используемых средствах и методах контрацепции как с целью профилактики передачи ИППП, так и с целью предупреждения нежелательной беременности. Вышеуказанные негативные последствия сексуального поведения возникают на фоне поверхностных знаний о безопасности половой жизни [1, 2].

Нами проведен анализ репродуктивного поведения студентов высших учебных заведений г. Омска. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ «Медицинские аспекты демографической проблемы:

рождаемость, смертность населения Омской области», проект № 10-06-67606а/Т.

Материал и методы исследования

Объем исследования составил 439 единиц наблюдения. Специально разработанная анкета предусматривала изучение таких вопросов, как возраст, семейное положение респондентов и наличие у них опыта половой жизни. А также возраст и причину начала половой жизни, используемых методов контрацепции, имевшихся в анамнезе случаев венерических заболеваний, зарегистрированных врачом, беременности и их исход. При оценке репродуктивного поведения молодежи нами получены сведения об основных источниках информации и уровне их информированности о гигиене половой жизни. Кроме того, респондентами высказаны замечания