

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края

Государственное учреждение здравоохранения
КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Коханского ул., д. 7, г. Чита, 672038 тел. 31-43-23, факс (302-2) 31-43-24
E-mail: okboffice@mail.ru

№ 148 -о

« 23 » марта 2017 г.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГУЗ ККБ _____
Шальнёв В.А.

Информационное письмо

Спонтанный пневмоторакс.

Заведующий хирургическим-торакальным отделением П.П.Пахольчук

МКБ-10 – J 93.0

Спонтанный пневмоторакс – синдром, характеризующийся скоплением воздуха в плевральной полости, не связанным с травмой легкого, инфекционной или опухолевой деструкцией легочной ткани или врачебными манипуляциями.

Причиной спонтанного пневмоторакса в 71-95% является эмфизема легких, чаще буллезная. Другими причинами могут быть диссеминированные процессы в легких, болезни дыхательных путей (ХОБЛ, муковисцидоз, бронхиальная астма), системные заболевания соединительной ткани (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, дерматомиозит, системная склеродермия, синдром Марфана, синдром Элерса – Данло), интерстициальные заболевания (саркоидоз, идиопатический легочный фиброз, гистиоцитоз Х, лимфангиолейомиоматоз), легочный эндометриоз.

Заболевание чаще встречается у лиц молодого возраста и характеризуется рецидивирующим течением.

В типичных случаях заболевание начинается с внезапного появления боли в грудной клетке, одышки и непродуктивного кашля.

До 20% случаев пневмоторакса протекают с бессимптомной или «стертой» клинической картиной.

Основными признаками пневмоторакса при объективном исследовании больного являются: тимпанит при перкуссии и ослабление дыхания при аускультации на стороне пневмоторакса.

В процессе диагностики и выборе лечебной тактики особого подхода требуют осложненные формы спонтанного пневмоторакса: напряженный пневмоторакс, продолжающееся внутривнутриплевральное кровотечение (гемопневмоторакс), двусторонний пневмоторакс и пневмомедиастинум.

I. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе

1. Внезапное появление болей в грудной клетке, требует целенаправленного исключения спонтанного пневмоторакса. Любая боль в грудной клетке является абсолютным показанием для рентгенографического исследования.

2. При подозрении на спонтанный пневмоторакс необходимо выполнение рентгенографии органов грудной полости в двух проекциях, а при невозможности выполнения этого исследования следует немедленно направить больного в хирургический стационар.

3. При явлениях напряженного пневмоторакса - показана декомпрессия плевральной полости путем пункции или дренирования на стороне пневмоторакса во II межреберье по срединно-ключичной линии.

4. В случае отказа больного от госпитализации он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской карте.

II. Протоколы дифференцированной диагностической и лечебной тактики в неспециализированном хирургическом стационаре.

Задачей диагностического этапа в хирургическом стационаре является уточнение диагноза и определение дальнейшей лечебной тактики. Особое внимание необходимо обратить на выявление больных с осложненными формами спонтанного пневмоторакса.

1. Лабораторные исследования:

общий анализ крови и мочи, группа крови и резус-фактор.

2. Инструментальные исследования:

- обязательно выполнение рентгенографии грудной клетки в двух проекциях (прямой и боковой проекции со стороны предполагаемого пневмоторакса) и на выдохе или цифровой флюорографии;

- ЭКГ.

3. Как правило, установленный диагноз спонтанного пневмоторакса является показанием для дренирования плевральной полости. В случае расправления легкого и прекращения поступления воздуха по дренажу показано направление пациента на КТ с последующей консультацией торакального хирурга. В случае невозможности выполнения КТ больной должен быть направлен на консультацию в торакальное отделение.

Дренирование плевральной полости приводит к расправлению легкого в 84–97%. Плевральную полость следует дренировать после определения оптимальной точки дренирования по данным полипозиционного рентгеновского исследования дренажом диаметром не менее 12 Fr с подключением его к активной аспирации с разряжением в пределах 20–40 см. вод. ст. В случае невозможности активной аспирации или длительности пневмоторакса более 2-х суток (возможность реперфузионного отека при быстром расправлении) необходимо дренирование по Бюлау.

3а. Возможные варианты лечения. Ограничиться только динамическим наблюдением без эвакуации воздуха можно при спонтанном пневмотораксе небольшого объема (менее 15% объема) или при изолированном верхушечном пневмотораксе, когда край легкого находится выше ключицы у больных без выраженного диспноэ. Скорость разрешения пневмоторакса составляет 1,25% объема гемиторакса в течение 24 часов. Таким образом, для полного разрешения пневмоторакса объемом 15% потребуются приблизительно 8–12 дней. Однако, такие пациенты должны наблюдаться в специализированном торакальном отделении.

4. Критериями для удаления плеврального дренажа являются: полное расправление легкого по данным рентгенологического исследования, отсутствие поступления воздуха по дренажу в течение 24 часов и количество отделяемого менее 50 мл/сут. по плевральному дренажу.

5. Осложненный спонтанный пневмоторакс (с признаками продолжающегося внутриплеврального кровотечения, напряженный пневмоторакс на фоне дренированной плевральной полости) является показанием к экстренной/срочной операции. После ликвидации осложнений обязательна индукция плевродеза.

6. Невозможность выполнения диагностической торакоскопии, рецидивирующий пневмоторакс, выявление изменений в легочной ткани во время диагностической торакоскопии, продолжающийся сброс воздуха или нерасправление легкого в течение 3–4 суток, а также наличие поздних осложнений (эмпиема плевры, стойкий коллапс легкого) являются показанием для консультации торакального хирурга и/или перевода больного в специализированный стационар.

7. Выполнение противорецидивного оперативного вмешательства больным с неосложненным течением спонтанного пневмоторакса в условиях неспециализированного хирургического стационара **не рекомендуется**.

Специализированная медицинская помощь пациентам данной группы выполняется в хирургическом - торакальном отделении ГУЗ «ККБ». Тел.28-20-95 доб.22-43.