

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 86 (1938)

Диагностика

Диагностика СП основывается на клинических проявлениях заболевания, данных объективного и рентгенологического обследования.

В клинической картине основное место занимают: боль в грудной клетке на стороне пневмоторакса, часто иррадирующая в плечо, одышка, сухой кашель.

Редкие жалобы – обычно появляются при осложнённых формах СП. Изменение тембра голоса, затруднение при глотании, увеличение в размерах шеи, грудной клетки возникают при пневмомедиастинуме и подкожной эмфиземе. При гемопневмотораксе на первый план выходят проявления острой кровопотери: слабость, головокружение, ортостатический коллапс. Сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца (аритмия) характерны для напряжённого пневмоторакса. Поздние осложнения пневмоторакса (плеврит, эмпиема) приводят к появлению у больного симптомов интоксикации и лихорадки.

При вторичном СП, даже если он небольшого объёма, имеется более выраженная клиническая симптоматика, в отличие от первичного СП.

При объективном осмотре определяется отставание в дыхании половины грудной клетки, иногда расширение межрёберных промежутков, тимпанический тон при перкуссии, ослабление дыхания и ослабление голосового дрожания на стороне пневмоторакса.

При напряжённом пневмотораксе клинические проявления более выражены.

Обязательным является выполнение рентгенограмм в прямой и боковой проекции на вдохе, которых достаточно для постановки диагноза пневмоторакса. В сомнительных случаях необходимо выполнить дополнительный снимок на выдохе в прямой проекции.

Основными рентгенологическими симптомами СП являются:

- отсутствие лёгочного рисунка в периферических отделах соответствующего гемиторакса;

- визуализация очерченного края коллабированного лёгкого.

При выраженном коллапсе лёгкого могут выявляться дополнительные рентгенологические симптомы:

- тень коллабированного лёгкого;
- симптом глубоких борозд (у лежащих больных);
- смещение средостения;
- изменение положения диафрагмы.

При оценке рентгенограмм необходимо помнить о возможности ограниченного пневмоторакса, который, как правило, имеет верхушечную, парамедиастинальную или наддиафрагмальную локализацию. В этих случаях необходимо выполнить рентгенограммы на вдохе и выдохе, сравнение которых даёт полную информацию о наличии ограниченного пневмоторакса.

Важной задачей рентгенологического исследования является оценка состояния паренхимы лёгкого, как поражённого, так и противоположного лёгкого.

При оценке рентгенограмм пневмоторакс следует дифференцировать с гигантскими буллами, деструктивными процессами в лёгких, дислокацией полых органов из брюшной полости в плевральную.

Перед дренированием плевральной полости необходимо выполнить рентгенографию в двух проекциях или полипозиционную рентгеноскопию для определения оптимальной точки дренирования.

Спиральная компьютерная томография (СКТ) грудной клетки играет основную роль в определении причин пневмоторакса и дифференциальной диагностике СП с другой патологией. СКТ должна быть выполнена после дренирования плевральной полости и максимально возможного расправления лёгкого. При СКТ оценивают следующие признаки: наличие или отсутствие изменений в лёгочной паренхиме, таких как инфильтрация, диссеминированный процесс, интерстициальные изменения; односторонние или двусторонние буллёзные изменения; диффузная эмфизема.

Показатели лабораторных исследований в случаях неосложнённого спонтанного пневмоторакса, как правило, не изменены.

Лечение

Все больные с пневмотораксом должны быть экстренно госпитализированы в торакальные хирургические стационары, а при невозможности – в экстренные хирургические.

Цели лечения спонтанного пневмоторакса:

- расправление лёгкого;
- прекращение поступления воздуха в плевральную полость;
- предотвращение рецидивов заболевания.

Основополагающими моментами для определения хирургической тактики при пневмотораксе являются: наличие дыхательных и, даже в большей степени,

гемодинамических расстройств, кратность образования, степень коллапса лёгкого и этиология пневмоторакса. Во всех случаях необходимо до операции всеми возможными методами, лучше всего – СКТ, уточнить характер изменений лёгочной паренхимы.

Экстренная хирургическая помощь при спонтанном пневмотораксе должна быть направлена, прежде всего, на декомпрессию плевральной полости и предотвращение нарушений дыхания и кровообращения, и лишь затем, на выполнение радикальной операции.

Напряжённый пневмоторакс возникает в случаях, когда дефект в лёгком функционирует как клапан, при этом рост внутриплеврального давления приводит к тотальному спадению лёгкого, прогрессирующему уменьшению альвеолярной вентиляции на поражённой стороне, а затем и на здоровой, выраженному шунтированию кровотока, а также к смещению средостения в здоровую сторону, приводящему к уменьшению ударного объёма кровообращения вплоть до экстраперикардиальной тампонады сердца.

Методы лечения спонтанного пневмоторакса:

- консервативный – динамическое наблюдение;
- плевральная пункция;
- дренирование плевральной полости;
- химический плевродез через плевральный дренаж;
- оперативное вмешательство.

Динамическое наблюдение. Консервативное лечение подразумевает клинический и рентгенологический мониторинг, в сочетании с лечебно-охранительным режимом, обезболиванием, кислородотерапией и, по показаниям, профилактической антибактериальной терапией.

Наблюдение как метод выбора рекомендуется при малом напряжённом первичном СП, протекающим без дыхательной недостаточности.

При малых апикальных или ограниченном пневмотораксе риск плевральной пункции превышает её лечебную ценность. Воздух из плевральной полости резорбируется со скоростью около 1,25% объёма гемиторакса за 24 часа, а ингаляции кислорода увеличивают скорость резорбции воздуха из плевральной полости в 4 раза.

Плевральная пункция.

Показана пациентам моложе 50 лет при первом эпизоде спонтанного пневмоторакса объёмом 15-30% без выраженного диспноэ. Пункцию производят при помощи иглы или, предпочтительнее, тонкого стилет-катетера. Типичным местом для пункции является II межреберье по средне-ключичной линии или III-IV межреберье по средней подмышечной линии, однако точку пункции следует определять только после полипозиционного рентгеновского исследования, которое позволяет уточнить локализацию спаек и наибольших скоплений воздуха. Важно помнить, что в случае неэффектив-

ности первой пункции повторные попытки аспирации бывают успешны не более чем в одной трети случаев.

Если после плевральной пункции лёгкое не расправилось, рекомендуется дренирование плевральной полости.

Дренирование плевральной полости. Дренирование плевральной полости показано при неэффективности плевральной пункции; при большом СП, при вторичном СП, у больных с дыхательной недостаточностью и у пациентов старше 50 лет.

Дренаж должен быть установлен в точке, выбранной по результатам рентгенологического исследования. При отсутствии спаечного процесса дренирование производится в 3-4-м межреберье по средней подмышечной линии или во 2-м межреберье по среднеключичной линии.

Наиболее распространёнными способами дренирования плевральной полости при пневмотораксе являются стилетный и троакарный. Также можно установить дренаж по проводнику (методика Сельдингера) или с помощью зажима. Процедура дренирования плевральной полости производится в асептических условиях в перевязочном кабинете или операционной.

котором лёгкое полностью расправляется. Методика выбора оптимального разрежения следующая: под контролем рентгеноскопии уменьшаем разрежение до того уровня, когда лёгкое начинает коллабироваться, после чего увеличиваем разрежение на 3-5 см вод. ст. По достижении полного расправления лёгкого, при отсутствии отхождения воздуха в течение 24 часов и поступлении жидкости менее 100-150 мл дренаж удаляют. Не существует точных сроков удаления дренажа, аспирацию следует проводить до полного расправления лёгкого. Рентгенологический контроль за расправлением лёгкого выполняют ежедневно. При прекращении поступления воздуха из плевральной полости в течение 12 часов дренаж перекрывают на 24 часа и затем выполняют рентгеновский снимок. Если лёгкое остаётся расправленным, дренаж удаляют. На следующий день после удаления дренажа необходимо выполнить контрольную рентгенографию грудной клетки, подтверждающую факт ликвидации пневмоторакса.

Если на фоне дренирования лёгкое не расправляется и поступление воздуха по дренажу продолжается более 3 суток, показано хирургическое лечение в срочном порядке.

Диагностика и лечение спонтанного пневмоторакса

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Дренаж вводят на глубину 2-3 см от последнего отверстия (слишком глубокое введение трубки не позволит ей адекватно функционировать, а расположение отверстия в мягких тканях может привести к развитию тканевой эмфиземы) и надёжно фиксируют кожными швами. Сразу после дренирования дренаж опускают на дно банки с антисептическим раствором (дренирование по Бюлау) и в последующем подключают к плевроаспиратору. Плевральную полость ведут на активной аспирации с индивидуальным подбором разрежения до прекращения сброса воздуха. Следует учитывать, что при длительном коллапсе лёгкого до госпитализации увеличивается риск развития реперфузионного отёка лёгкого после его расправления.

Диагностическая торакоскопия (ДТ), выполняемая в процессе дренирования.

При невозможности выполнить СКТ в срочном порядке для выявления причины пневмоторакса и определения дальнейшей тактики целесообразно выполнить диагностическую торакоскопию в процессе дренирования. Следует учитывать, что ДТ не даёт полной возможности выявить внутрилёгочные изменения.

Операция проводится под местной анестезией на стороне пневмоторакса, в положении больного лёжа на здоровом боку. Место для установки торакопорта выбирают по результатам рентгенологического исследования. У больных с полным коллапсом лёгкого торакопорт устанавливают в IV или V межреберье по средней подмышечной линии.

Последовательно производят ревизию плевральной полости (наличие экссудата, крови, спаек), осматривают лёгкое (блебы, буллы, фиброз, инфильтративные, очаговые изменения), у женщин прицельно оценивают диафрагму (рубцы, сквозные дефекты, пигментные пятна). Макроскопические изменения в лёгочной паренхиме и плевральной полости, выявленные при ДТ, целесообразно оценивать по классификации R.Vanderschuren (1981) и C.Boutin (1991).

Классификация морфологических типов, выявляемых в плевральной полости и лёгочной паренхиме, у больных спонтанным пневмотораксом (R.Vanderschuren, 1981; C.Boutin, 1991).

I тип – отсутствие визуальной патологии.
II тип – наличие плевральных сращений при отсутствии изменений паренхимы лёгкого.

III тип – небольшие субплевральные буллы диаметром менее 2 см.

IV тип – крупные буллы, более 2 см в диаметре.

Операцию заканчивают дренированием плевральной полости. Плевральную полость ведут на активной аспирации до прекращения сброса воздуха. Оптимальной считается активная аспирация с разрежением 10-20 см вод.ст. Однако наиболее выгодна аспирация с тем минимальным разрежением, при

Химический плевродез.

Химическим плевродезом называется процедура, при которой в плевральную полость вводят вещества, приводящие к асептическому воспалению и образованию сращений между висцеральным и париетальными листками плевры, что приводит к облитерации плевральной полости.

Химический плевродез используют при невозможности по каким-либо причинам выполнить радикальную операцию.

Наиболее сильным склерозирующим агентом является тальк, его введение в плевральную полость достаточно редко сопровождается развитием респираторного дистресс-синдрома и эмпиемы плевры (А). Исследования 35-летних результатов применения свободного от асбеста химически чистого талька доказали отсутствие его канцерогенности. Методика плевродеза тальком достаточно трудоёмка и требует распыления 3-5 г талька с помощью специального пульверизатора, вводимого через троакар перед дренированием плевральной полости.

Важно помнить, что тальк вызывает не спаечный процесс, а гранулематозное воспаление, в результате которого происходит сращение паренхимы плащевой зоны лёгкого с глубокими слоями грудной стенки, что вызывает чрезвычайные трудности для хирургического вмешательства в последующем. Поэтому показания к плевродезу тальком должны быть строго ограничены только теми случаями (старческий возраст, тяжёлые сопутствующие заболевания), когда вероятность того, что в последующем потребуются операция в облитерированной плевральной полости, минимальна.

Следующими по эффективности препаратами для плевродеза являются антибиотики группы тетрациклина (доксциклин) и блеомицина. Доксциклин следует вводить в дозе 20-40 мг/кг, при необходимости процедуру можно повторить на следующий день. Блеомицин вводят в дозе 100 мг в первый день и, если необходимо, повторяют плевродез по 200 мг блеомицина в последующие дни. В связи с выраженностью болевого синдрома при плевродезе тетрациклином и блеомицином необходимо разводить эти препараты в 2%-ном лидокаине и обязательно проводить премедикацию наркотическими анальгетиками. После дренирования препарат вводят через дренаж, который пережимают на 1-2 часа, или, при постоянном сбросе воздуха, проводят пассивную аспирацию по Бюлау. За это время пациент должен постоянно менять положение тела для равномерного распределения раствора по всей поверхности плевры.

При нерасправленном лёгком химический плевродез через плевральный дренаж неэффективен, так как листки плевры не соприкасаются и спаики не образуются. Кроме того, в данной ситуации повышается риск развития эмпиемы плевры.

Несмотря на то, что в клинической практике используются другие вещества: раствор бикарбоната натрия, повидон-йод, этиловый

спирт, 40%-ный раствор глюкозы и т.д., следует помнить, что доказательных данных об эффективности этих препаратов нет.

Применение эндобронхиальных клапанов и обтураторов.

При продолжающемся сбросе воздуха и невозможности расправить лёгкое одним из методов является бронхоскопия с установкой эндобронхиального клапана или обтуратора. Установку клапана производят на 10-14 дней как ригидным бронхоскопом под наркозом, так и фибробронхоскопом под местной анестезией.

Клапан или обтуратор в большинстве случаев позволяет добиться герметизации дефекта и приводит к расправлению лёгкого.

Хирургическое лечение.

Показания и противопоказания.

Показания к экстренной и срочной операции:

- гемопневмоторакс;
- напряжённый пневмоторакс при неэффективности дренирования;
- продолжающийся сброс воздуха при невозможности расправить лёгкое;
- продолжающийся сброс воздуха более 72 часов при расправленном лёгком.

Показания к плановому хирургическому лечению:

- рецидивирующий, в том числе контралатеральный пневмоторакс;
- двусторонний пневмоторакс;
- первый эпизод пневмоторакса при выявлении булл или спаек (II-IV тип изменений по R.Vanderschuren и С.Вoutin);
- эндометриоззависимый пневмоторакс;
- подозрение на вторичный пневмоторакс, операция носит лечебно-диагностический характер;
- профессиональные и социальные показания – пациенты, чья работа или хобби связаны с изменениями давления в дыхательных путях (лётчики, парашютисты, дайверы и музыканты, играющие на духовых инструментах);
- ригидный пневмоторакс.

Основные принципы хирургического лечения спонтанного пневмоторакса.

Хирургическая тактика при спонтанном пневмотораксе заключается в следующем. После физического и полипозиционного рентгенологического исследования, позволяющего оценить степень коллапса лёгкого, наличия срощений, жидкости, смещения средостения, необходимо выполнить пункцию или дренирование плевральной полости.

При первом эпизоде пневмоторакса возможна попытка консервативного лечения – пункции или дренирования плевральной

полости. Если проведённое лечение эффективно, необходимо выполнить СКТ, и в случае выявления булл, эмфиземы и интерстициальных заболеваний лёгкого необходимо рекомендовать плановую операцию. Если же изменений паренхимы лёгкого, подлежащих хирургическому лечению, нет, то можно ограничиться проведённым консервативным лечением, рекомендовав больному соблюдение режима физической активности и СКТ-контроль раз в год. Если же дренирование не привело к расправлению лёгкого и в течение 72 часов сохраняется поступление воздуха по дренажам, показана срочная операция.

При рецидиве пневмоторакса показана операция, однако всегда предпочтительно сначала выполнить дренирование плевральной полости, добиться расправления лёгкого, затем сделать СКТ, оценить состояние лёгочной ткани, обращая особое внимание на признаки диффузной эмфиземы, ХОБЛ, интерстициальных заболеваний и процессов деструкции лёгочной ткани, а операцию выполнить в плановом порядке. Практически доступным является торакоскопический. Исключением остаются редкие случаи осложнённого течения пневмоторакса (продолжающееся массивное внутриплевральное кровотечение, фиксированный коллапс лёгкого), непереносимость однолёгочной вентилиции.

Оперативные приёмы при хирургическом лечении пневмоторакса можно условно разделить на три этапа:

- ревизия;
- операция на изменённом участке лёгкого;
- облитерация плевральной полости.

Методика ревизии при спонтанном пневмотораксе.

Торакоскопическая ревизия позволяет не только визуализировать характерные для той или иной болезни изменения лёгочной ткани, но и при необходимости получить биопсийный материал для морфологической верификации диагноза. Для оценки выраженности эмфизематозных изменений паренхимы наиболее целесообразно использовать классификацию R.Vanderschuren (1981). Тщательная оценка выраженности эмфизематозных изменений даёт возможность прогнозировать риск рецидива пневмоторакса и принять обоснованное решение о виде операции, направленной на облитерацию плевральной полости.

Успех операции в наибольшей степени зависит от того, удалось ли найти и ликвидировать источник поступления воздуха. Часто встречающееся мнение о том, что при торакотомии легче обнаружить источник

поступления воздуха, верно лишь отчасти. По данным ряда исследований, источник поступления воздуха не удаётся обнаружить в 6-8% случаев спонтанного пневмоторакса.

Как правило, эти случаи связаны с поступлением воздуха через микропоры неразорванной буллы или возникают при отрыве тонкой плевральной спайки.

Для обнаружения источника поступления воздуха целесообразен следующий приём. В плевральную полость наливаем 250-300 мл стерильного раствора. Хирург поочерёдно прижимает все подозрительные участки эндоскопическим ретрактором, погружая их в жидкость. Анестезиолог соединяет открытый бронхиальный канал интубационной трубкой с мешком Амбу и по команде хирурга делает небольшой вдох. Как правило, при тщательной последовательной ревизии лёгкого удаётся обнаружить источник поступления воздуха. Как только удастся увидеть цепочку пузырьков, поднимающуюся от поверхности лёгкого, следует, осторожно манипулируя ретрактором, развернуть лёгкое так, чтобы источник поступления воздуха оказался как можно ближе к поверхности стерильного раствора. Не извлекая лёгкое из-под жидкости, необходимо захватить его дефект атравматическим зажимом и убедиться в том, что поступление воздуха прекратилось.

После этого плевральную полость осушают и приступают к ушиванию дефекта или резекции лёгкого. Если, несмотря на тщательную ревизию, источник поступления воздуха обнаружить не удалось, необходимо не только устранить имеющиеся неповреждённые буллы и блябы, но и в обязательном порядке создать условия для облитерации плевральной полости – выполнить плевротомию или эндоскопическую паритальную плеврэктомию.

Лёгочный этап операции.

Операцией выбора является резекция изменённого участка лёгкого (краевая, клиновидная), которая выполняется с помощью эндоскопических сшивающих аппаратов, обеспечивающих формирование надёжного герметичного механического шва.

В ряде случаев возможно выполнение следующих вмешательств:

1. Электрокоагуляция бляб.
2. Вскрытие и ушивание булл.
3. Пликация булл без вскрытия.
4. Анатомическая резекция лёгкого.

При блябах можно выполнить электрокоагуляцию, ушить дефект лёгкого или произвести резекцию лёгкого в пределах здоровой ткани. Электрокоагуляция бляба – наиболее простая и, при тщательном соблюдении методики, надёжная операция.

Прежде чем коагулировать поверхность бляба, необходимо тщательно коагулировать его основание. После коагуляции подлежащей лёгочной ткани приступают к коагуляции самого бляба, при этом следует стремиться к тому, чтобы стенка бляба «приваривалась» к подлежащей лёгочной ткани, пользуясь для этого бесконтактным режимом коагуляции. Лигирование при помощи петли Редера, пропагандируемое многими авторами, следует считать рискованным, так как возможно соскальзывание лигатуры при реэкспансии лёгкого. Значительно надёжнее ушивание аппаратом EndoStitch или ручным эндоскопическим швом. Шов необходимо наложить на 0,5 см ниже основания бляба и перевязать лёгочную ткань с обеих сторон, после чего блябу можно коагулировать или отсечь.

При буллах следует выполнять эндоскопическое прошивание подлежащей паренхимы или резекцию лёгкого при помощи эндостеплера. Коагуляция булл применять нельзя. При разрыве единичной буллы размером не более 3 см можно прошить несущую буллу лёгочную ткань ручным швом или аппаратом EndoStitch. При наличии множественных булл или блябов, локализованных в одной доле лёгкого, при разрыве единичных гигантских булл следует выполнить атипичную резекцию лёгкого в пределах здоровой ткани при помощи эндоскопического сшивающего аппарата. Чаще при буллах приходится выполнять краевую резекцию, реже – клиновидную. При клиновидной резекции 1-го и 2-го сегментов необходимо максимально мобилизовать междолевую борозду и выполнить резекцию последовательным наложением сшивающего аппарата от корня к периферии лёгкого по границе здоровых тканей.

Показания к эндоскопической лобэктомии при СП крайне ограничены, её следует выполнять при кистозной гипоплазии доли лёгкого. Эта операция значительно труднее технически и может быть рекомендована только хирургам, обладающим большим опытом в торакоскопической хирургии. Для более простого выполнения эндоскопической лобэктомии можно, прежде чем перейти к обработке элементов корня доли, вскрыть кисты с помощью эндоскопических ножниц с коагуляцией. После вскрытия кист доля спадается, обеспечивая оптимальные условия манипуляций на корне лёгкого. Эндоскопическое выделение долевой артерии и вены, как и в традиционной хирургии, необходимо выполнять в соответствии с «золотым правилом Оверхольда», обрабатывая вначале видимую переднюю, затем боковую и лишь затем заднюю стенку сосуда.

(Окончание следует.)

Экспертное мнение

Пневмоторакс: как не ошибиться с тактикой?



Прежде всего, следует отметить, что пневмоторакс, травма груди и эмпиема плевры – три патологии, национальные клинические рекомендации о лечении которых ориентированы не только на торакальных, но и на общих хирургов, поскольку особенностью организации здравоохранения в Российской Федерации является то, что первичную помощь при данных состояниях оказывают чаще всего общие хирурги больницы скорой помощи.

Пожалуй, ни одно хирургическое заболевание не вызвало таких дискуссий в отношении хирургической тактики, как спонтанный пневмоторакс (СП). Почему? Прежде всего, потому, что общие хирурги принимают решение на основе собственных представлений об экстренном вмешательстве: поставить дренаж, расправить лёгкое, в крайнем случае сделать резекцию разодравшейся буллы. Но очень важно понимать, что пневмоторакс – это всегда осложнение некой другой болезни, именно с таких позиций подходят к его лечению пульмонологи и торакальные хирурги.

Вот почему в национальных клинических рекомендациях по лечению спонтанного пневмоторакса предусмотрены алгоритмы обследования и лечения пациентов с СП в зависимости от категории лечебного учреждения: на догоспитальном этапе, на уровне неспециализированного хирургического стационара и в специализированном торакальном отделении. В частности, нецелесообразно выполнять в общехирурги-

ческом отделении больницы скорой помощи противорецидивные операции, плеврэктомию. Облитерация плевральной полости при пневмотораксе должна быть выполнена обязательно, но на уровне оказания специализированной торакальной помощи.

В тексте НКР сделан акцент на важность дифференцированного подхода в выборе консервативной или хирургической тактики при первом эпизоде пневмоторакса. Мы выполняем дренирование, расправляем лёгкое, делаем компьютерную томографию. Если не обнаружено эмфиземы – буллёзной или комбинированной – говорим пациенту, что пока оснований для операции нет, если же такие изменения выявлены, рекомендуем ему плановую операцию. А вот при рецидиве СП у больного хирург имеет больше доводов в пользу оперативного лечения.

Консервативное лечение в виде дренирования обозначено в клинических рекомендациях как важный компонент, ещё и потому, что перед операцией нам необходимо знать состояние паренхимы лёгкого. Сделать это можно, выполнив компьютерную томограмму обязательно на расправленном лёгком. Поэтому даже в случае рецидива пневмоторакса сначала пациенту нужно выполнить дренирование, расправить лёгкое, выполнить КТ и только после этого, зная состояние паренхимы, приступать к операции.

Кому-то может показаться странным, что в НКР подчеркнута необходимость рентгеновского исследования при любых жалобах пациентов на боли в груди. Но, следует признать, что эта рекомендация основана на печальном опыте многих врачей. Дело в том, что развёрнутая, абсолютно ясная клиническая картина спонтанного пневмоторакса бывает только в 80% случаев, а в остальных 20% случаев заболевания протекает под разными масками – кардиогенной или радикулоневритической. И если не выполняется

рентгеновское исследование, больного с СП могут лечить от ишемической болезни сердца или ещё хуже – назначить курс мануальной терапии. В итоге мы получаем осложнённые формы пневмоторакса. Именно поэтому в клинических рекомендациях подчеркнута: любая боль в грудной клетке – абсолютное показание к рентгеновскому исследованию.

Над текстом национальных клинических рекомендаций по лечению пневмоторакса работала большая экспертная группа ведущих торакальных хирургов России и иностранных экспертов Европейского общества торакальных хирургов. Все они единодушно сочли необходимым развенчать два устойчивых мифа неотложной хирургии, связанные с дренированием плевральной полости.

Первый – это строго обязательное следование определённым точкам дренирования. Данное заблуждение свойственно хирургам, работающим в «скоромощных» больницах, куда, как уже сказано, чаще всего госпитализируют больных с СП. Там принято придерживаться строго фиксированных точек для дренирования, как правило, это второе межреберье по срединно-ключичной линии. В принципе, правильно, но при условии, если в плевральной полости нет спаечного процесса. Опыт же торакальных хирургов говорит иное: в силу анатомических особенностей плевральной полости наиболее выраженный спаечный процесс возникает как раз по второму ребру. И, соответственно, если имеются спайки, попытка поставить дренаж в типичные точки приведёт к повреждению лёгкого. Поэтому в тексте НКР написано следующее: дренирование проводится в точках, выбранных по результатам полипозиционного рентгеновского исследования. Если плевральная полость свободна, можно ставить дренаж во втором межреберье, как привыкли последователи московской тора-

кальной школы, либо в безопасном треугольнике подмышечном, как больше привыкли последователи Санкт-Петербургской школы, – это уже не будет иметь значения. Важно только то, что обе эти точки используются, когда нет спаечного процесса.

Второй миф относится к толщине дренажа. Общие хирурги почему-то уверены, что дренаж должен быть очень толстым, дабы успешно забирать воздух. На самом деле это не так, потому что, скажем, калибр сегментарного бронха – 4 мм. И если сброс идёт из сегментарного бронха, никакими дренажами такое лёгкое расправить невозможно, оно будет коллабировать. Размер дренажа, которым пользуются торакальные хирурги, – 1-2 мм, он вполне успешно расправляет лёгкое. Вопрос вообще не в толщине дренажа, а в том, что он должен правильно стоять, его положение необходимо контролировать, и он должен быть подключён к системе активной аспирации.

Ещё раз хочу подчеркнуть: хирургическое лечение пневмоторакса – очень непростая задача. Отношение к пневмотораксу, как к самой простой торакальной болезни и самой простой операции, не просто неверное, но опасное. Следует понимать, что, выполняя операции при пневмотораксе, мы ни в какой мере не влияем на саму болезнь, вызвавшую пневмоторакс, а лишь устраняем её осложнение. Это заболевание требует высококвалифицированного подхода от любого хирурга, в какой бы клинике он не работал, и мы надеемся, что следование разработанным НКР обеспечит такой подход.

Кирилл ЖЕСТКОВ,
заведующий кафедрой торакальной хирургии,
доктор медицинских наук,
профессор.

Российская медицинская академия
последипломного образования.