

УДК 616.24-007.63-06:616.25-003.219-089

## Рецидив буллёзной эмфиземы лёгких, осложнённой спонтанным пневмотораксом, после радикальной буллэктомии

© В.И. ТЕМИРБУЛАТОВ<sup>2</sup>, И.С. ИВАНОВ<sup>1</sup>, О.А. ОКУНЕВ<sup>1</sup>, М.Е. КЛЕТКИН<sup>2</sup>, А.В. САРЫЧЕВ<sup>1</sup>

Курский государственный медицинский университет<sup>1</sup>, ул. К. Маркса, д. 3, Курск, 305041, Российская Федерация

Курская областная клиническая больница<sup>2</sup>, ул. Сумская, д. 45а, Курск, 305007, Российская Федерация

**Актуальность** Социальная значимость спонтанного пневмоторакса обусловлена тем, что в последние годы растёт число пациентов с буллёзной эмфиземой лёгких и, соответственно, со спонтанным пневмотораксом, а также тем, что в структуре пациентов преобладают лица трудоспособного возраста. До настоящего времени сохраняются определённые трудности в адекватном выборе диагностической и лечебной тактики при этом заболевании.

**Цель исследования** На клиническом примере показать важность комплексного подхода к хирургическому лечению при спонтанном пневмотораксе, обусловленном буллёзной эмфиземой лёгких.

**Материалы и методы** Представлен клинический случай рецидива буллёзной эмфиземы лёгких, осложнившейся рецидивирующим спонтанным пневмотораксом, у пациента 32 лет, перенёвшего шестью годами ранее оперативное вмешательство – буллэктомию по поводу первого эпизода спонтанного пневмоторакса.

**Вывод** С учётом представленного клинического наблюдения и в соответствии с национальными клиническими рекомендациями, для предупреждения рецидива спонтанного пневмоторакса, обусловленного буллёзной эмфиземой, буллэктомию целесообразно дополнять субтотальной плеврэктомией.

**Ключевые слова:** спонтанный пневмоторакс, буллёзная эмфизема лёгких, буллэктомия.

## Relapse Bullous Emphysema Complicated by Spontaneous Pneumothorax, after Radical Bullectomy

© V.I. TEMIRBULATOV<sup>2</sup>, I.S. IVANOV<sup>1</sup>, O.A. OKUNEV<sup>1</sup>, M.E. KLETKIN<sup>2</sup>, A.V. SARYCHEV<sup>1</sup>

Kursk State Medical University<sup>1</sup>, 3 K. Marx street, Kursk, 305041, Russian Federation

Kursk regional clinical hospital<sup>2</sup>, 45a Sumsкая street, Kursk, 305007, Russian Federation

**Actuality** The social significance of spontaneous pneumothorax due to the fact that in recent years a growing number of patients with pulmonary bullous emphysema and, accordingly, with spontaneous pneumothorax, as well as the fact that the structure is dominated by patients of working age persons. To date, some difficulties persist in choosing the adequate diagnostic and treatment tactics in this disease.

**Objective** In a clinical example to show the importance of an integrated approach to of surgical treatment for spontaneous pneumothorax, caused bullous emphysema.

**Materials and methods** A clinical case of recurrent bullous emphysema complicated by recurrent spontaneous pneumothorax in a patient 32 years old, six years earlier underwent radical surgery - bullectomy on the first episode of spontaneous pneumothorax.

**Keywords:** spontaneous pneumothorax, bullous emphysema, bullectomy.

Спонтанный пневмоторакс – состояние, характеризующееся скоплением воздуха в плевральной полости при возникновении её патологического сообщения с дыхательными путями и возникшее вне связи с травмой грудной клетки и диафрагмы или медицинскими манипуляциями [1, 2, 6]. Существенная социальная значимость данного заболевания обусловлена тем, что в последние годы растёт число пациентов с буллёзной эмфиземой лёгких и, соответственно, со спонтанным пневмотораксом, а также тем, что в структуре пациентов преобладают лица трудоспособного возраста. Кроме того, до настоящего времени сохраняются опре-

делённые трудности в адекватном выборе диагностической и лечебной тактики при этом заболевании [4, 5].

Первичный спонтанный пневмоторакс, возникающий у пациентов без клинически явной лёгочной патологии, в 76-100% связан с наличием субплевральных булл, обнаруживаемых лишь при выполнении КТ лёгких или торакоскопии. Заболеваемость первичным спонтанным пневмотораксом варьирует от 1,2 до 18 случаев на 100000 человек в год (7,4–18 среди мужчин и 1,2–6 среди женщин), а основными факторами риска его развития считаются молодой возраст (до 30 лет), мужской пол, наличие случаев возникновения первич-

© В.И. Темирбулатов, И.С. Иванов, О.А. Окунев, М.Е. Клеткин, А.В. Сарычев. Рецидив буллёзной эмфиземы лёгких, осложнённой спонтанным пневмотораксом, после радикальной буллэктомии. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2017; 10: 1: 32-35. DOI: 10.18499/2070-478X-2017-10-1-32-35.

ного спонтанного пневмоторакса в семье, астенический тип телосложения, а также табакокурение [1, 7].

В национальных клинических рекомендациях по лечению спонтанного пневмоторакса (2005) особое внимание при видеоторакоскопическом оперативном вмешательстве по поводу спонтанного пневмоторакса, обусловленного буллёзной эмфиземой лёгких, уделяется не только этапу операции на изменённом участке лёгкого (радикальная буллэктомия), но и важности осуществления облитерации плевральной полости путём плеврэктомии. Особо подчёркивается преимущество последней перед методом механического плевродеза, который признаётся недостаточно эффективным в профилактике рецидива пневмоторакса [3].

В качестве наглядного подтверждения вышеизложенного приводим клинический случай рецидива буллёзной эмфиземы и спонтанного пневмоторакса через несколько лет после радикальной буллэктомии.

### Клинический случай

Пациент К., 1984 г. р., поступил отделение торакальной хирургии Курской областной клинической больницы 06.08.2010 г. по экстренным показаниям с диагнозом: Правосторонний спонтанный пневмоторакс. При поступлении предъявлял жалобы на боли в правой половине грудной клетке, одышку при физической нагрузке. Считает себя больным с 31.07.2010 г., когда среди полного благополучия появились вышеописанные жалобы, лечился амбулаторно приёмом НПВС, в связи с подозрением на остеохондроз грудного отдела позвоночника выполнено МРТ, при котором диагностирован правосторонний пневмоторакс. При поступлении больному произведено дренирование правой плевральной полости, однако, несмотря на проводившуюся активную аспирацию расправления

лёгкого достичь не удавалось, сохранялся постоянный сброс воздуха по дренажу. В связи с этим 09.08.2010 г. пациенту под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией бронхов выполнена видеоторакоскопия справа, при осмотре апикально на верхней доле правого лёгкого выявлены 2 буллы диаметром до 2,0 см. Произведена аппаратная резекция буллёзно изменённой лёгочной паренхимы с использованием механического сшивающего аппарата; выполнен скарификационный плевродез. Послеоперационный период без особенностей, дренажи из плевральной полости удалены на 3-и сутки, рана зажила первичным натяжением, 19.08.2010 г. пациент выписан из стационара.

Гистологическое заключение: Участки лёгкого с картиной дистелектазов, хронического бронхита с диффузным сетчатым рубцовым пневмосклерозом.

В плановом порядке для исключения буллёзной эмфиземы контрлатерального лёгкого 13.09.2010 г. пациенту выполнена контрольная компьютерная томография органов грудной клетки. В S2 справа отмечаются послеоперационные фиброзные изменения, в средней и нижней долях правого лёгкого визуализируются единичные очаговые уплотнения лёгочной ткани размерами до 3-4 мм. В S10 слева дифференцируется небольших размеров участок пневмосклероза, воздушность окружающей лёгочной ткани повышена. Буллёзных изменений в лёгких не выявлено (рис. 1).

30.04.2016 г. пациент повторно поступает в ОТХ КОКБ с жалобами на давящие боли в правой половине грудной клетке, одышку при физической нагрузке. Рентгенологически – рецидив правостороннего спонтанного пневмоторакса: нижняя доля правого лёгкого поджата воздухом, апикально тень металлических скрепок, тень средостения смещена влево. При поступлении больному произведено дренирование правой

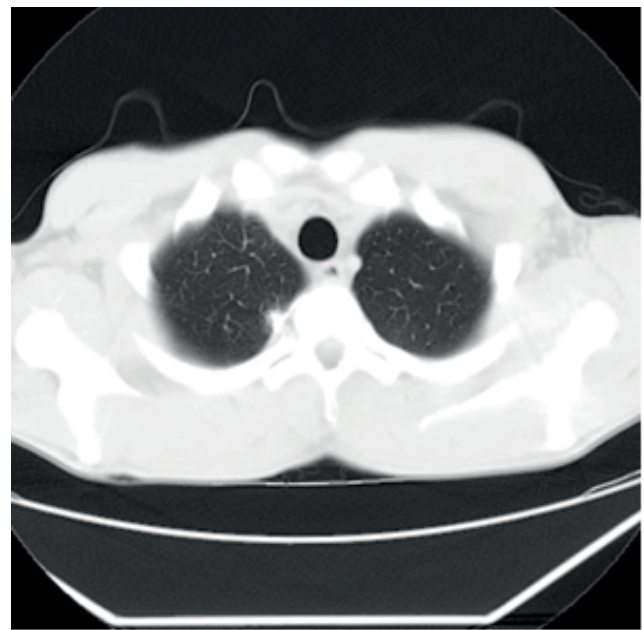
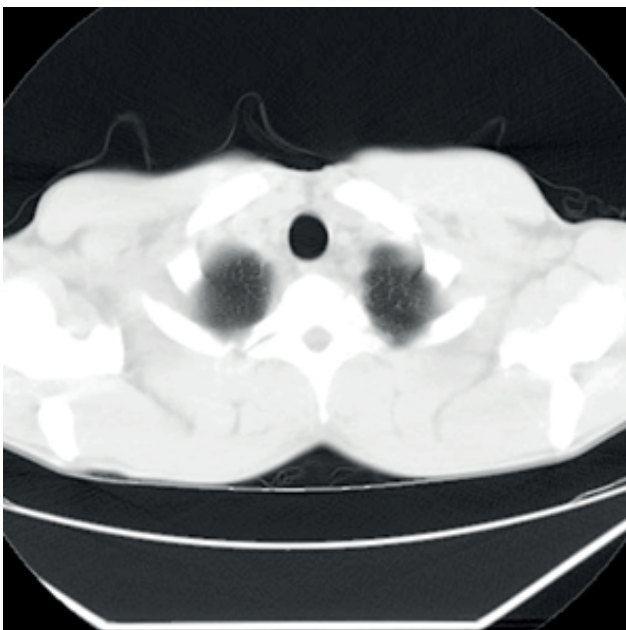


Рис. 1. КТ ОГК от 13.09.2016 г. В срезах – послеоперационные фиброзные изменения, булл не определяется.

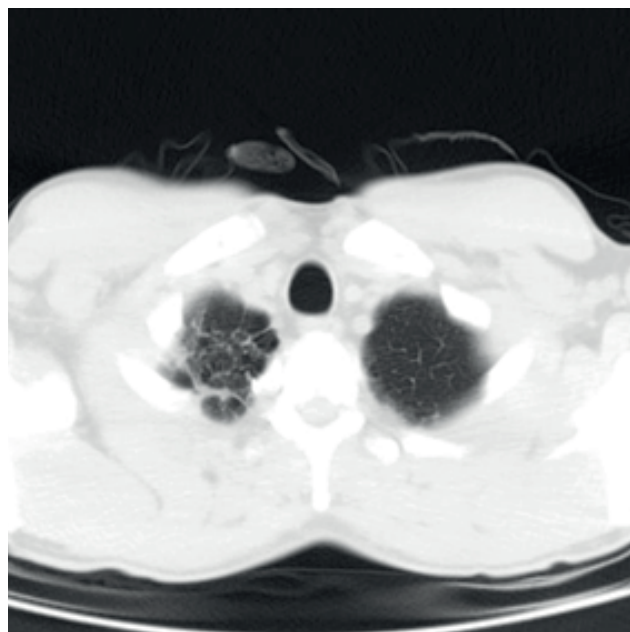
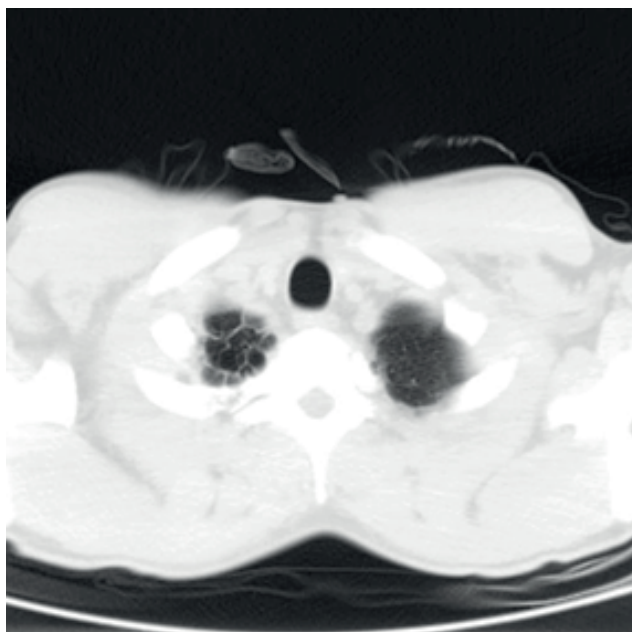


Рис. 2. КТ ОГК от 10.05.2016 г. В срезах – буллёзные изменения на верхушке правого лёгкого в области послеоперационных фиброзных изменений (после буллэктомии).

плевральной полости, пневмоторакс купирован, дренаж удалён. При контрольной КТ ОГК (10.05.2016 г.) после расправления лёгкого в S2 справа отмечаются послеоперационные фиброзные изменения, на верхушке правого лёгкого определяются тонкостенные буллёзные вздутия до 10 мм; в средней и нижней долях правого лёгкого визуализируются единичные очаговые уплотнения лёгочной ткани размерами до 3-4 мм. Таким образом, у пациента развился рецидив апикально расположенных субплевральных булл на месте резекции после радикальной буллэктомии (рис. 2). От предложенного повторного оперативного вмешательства пациент отказался, в удовлетворительном состоянии после купирования пневмоторакса выписан домой.

### Список литературы

1. Авдеев С.Н. Пневмоторакс. *Consilium Medicum*. 2005; 7: 10: 874-882.
2. Беляева И.В., Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Первичный спонтанный пневмоторакс и дисплазия соединительной ткани. *Медицинский альянс*. 2014; 1: 43-53.
3. Жестков К.Г., Барский Б.Г., Атюков М.А., Пичуров А.А. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению спонтанного пневмоторакса. М. 2005; 10-15.
4. Суздальцев А.М. Хирургическая тактика лечения спонтанного пневмоторакса у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. *Сибирский медицинский журнал*. 2011; 26: 3-2: 85-88.
5. Суздальцев А.М., Коржук М.С., Ситникова В.М., Соколов С.А. Хирургическая тактика лечения спонтанного пневмоторакса у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. *Омский научный вестник*. 2011; 1 (104): 48-51.
6. Татур А.А., Пландовский А.В. Неспецифический спонтанный пневмоторакс. Сообщение 1: этиология, патогенез, диагностика. *Медицинский журнал*. 2006; 1: 19-21.

### Обсуждение

Приведённый клинический случай наглядно демонстрирует возможность рецидива субплевральных булл в отдалённом периоде после радикальной резекции буллёзно изменённой паренхимы, что без достижения надёжной облитерации плевральной полости в свою очередь может приводить к рецидиву спонтанного пневмоторакса.

### Вывод

С учётом представленного клинического наблюдения и в соответствии с национальными клиническими рекомендациями, для предупреждения рецидива спонтанного пневмоторакса, обусловленного буллёзной эмфиземой, буллэктомию целесообразно дополнять субтотальной плеврэктомией.

### References

1. Avdeev S.N. Pneumothorax [Pneumothorax] *Consilium Medicum*. 2005; 7: 10: 874-882.
2. Beliaeva I.V., Stroeve Iu.I., Churilov L.P. Pervichnyi spontannyy pnevmotoraks i displaziya soedinitel'noi tkani [Primary spontaneous pneumothorax and connective tissue dysplasia] *Medit'sinskiy al'yans*. 2014; 1: 43-53.
3. Zhestkov K.G., Barskii B.G., Atiukov M.A., Pichurov A.A. Natsional'nye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniiu spontannogo pnevmotoraksa [National clinical guidelines for the diagnosis and treatment of spontaneous pneumothorax] М. 2005; 10-15.
4. Suzdal'tsev A.M. Khirurgicheskaya taktika lecheniia spontannogo pnevmotoraksa u patsientov s nedifferentsirovannoi displaziei soedinitel'noi tkani [Surgical approach for treatment of spontaneous pneumothorax in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia] *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*. 2011; 26: 3-2: 85-88.
5. Suzdal'tsev A.M., Korzhuk M.S., Sitnikova V.M., Sokolov S.A. Khirurgicheskaya taktika lecheniia spontannogo pnevmotoraksa u patsientov s nedifferentsirovannoi displaziei

7. Филатова А.С., Гринберг Л.М. Спонтанный пневмоторакс – этиопатогенез, патоморфология. Уральский медицинский журнал. 2008; 13 (58): 82-89.
  8. Avdeev S.N. Pneumothorax. Consilium Medicum. 2005; 7: 10: 874-882
  9. Belyaeva I.V., Stroev Yu.I., Churilov L.P. Primary spontaneous pneumothorax and connective tissue dysplasia. Meditsinskiy al'yans. 2014; 1: 43-53.
  10. Zhestkov K.G., Barsky B.V., Atukov M.A., Pichurov A.A. National clinical guidelines for the diagnosis and treatment of spontaneous pneumothorax. - М. 2005; 10-15.
  11. Suzdaltzev A.M. Surgical approach for treatment of spontaneous pneumothorax in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia. Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. 2011; 26: 3-2: 85-88.
  12. Suzdaltsev A.M., Korzhuk M.S., Sitnikova V.M., Sokolov S.A. Surgical approach for treatment of spontaneous pneumothorax in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia. Omskiy nauchnyy vestnik. 2011; 1 (104): 48-51.
  13. Tatur A.A., Plandovskiy A.V. The nonspecific spontaneous pneumothorax. Message 1: etiology, pathogenesis, diagnosis. Meditsinskiy zhurnal. 2006; 1: 19-21.
  14. Filatova A.S., Grinberg L.M. Spontaneous pneumothorax: etiopathology and pathomorphology (literature review). Ural'skiy meditsinskiy zhurnal. 2008; 13 (58): 82-89.
- Поступили 25.01.2017

### Информация об авторах

1. Темирбулатов В. И. – д.м.н., проф. кафедры хирургических болезней Курского государственного медицинского университета, зав. отделением торакальной хирургии Курской областной клинической больницы, e-mail: vtemirbulatov@yandex.ru
2. Иванов И. С. – д.м.н., проф. кафедры хирургических болезней №1 Курского государственного медицинского университета, e-mail: ivanov.is@mail.ru
3. Окунев О. А. – к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1 Курского государственного медицинского университета, e-mail: lubjanka24@mail.ru.
4. Клеткин М. Е. – соискатель кафедры хирургических болезней №1 Курского государственного медицинского университета, врач отделения торакальной хирургии Курской областной клинической больницы, e-mail: kletkin-max@mail.ru
5. Сарычев А.В. – аспирант кафедры хирургических болезней №1 Курского государственного медицинского университета, e-mail: pardus92@yandex.ru

- soedinitel'noi tkani [Surgical approach for treatment of spontaneous pneumothorax in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia] Omskiy nauchnyy vestnik. 2011; 1 (104): 48-51.
6. Tatur A.A., Plandovskii A.V. Nespetsificheskii spontannyi pnevmotoraks. Soobshchenie 1: etiologiya, patogenez, diagnostika [The nonspecific spontaneous pneumothorax. Message 1: etiology, pathogenesis, diagnosis] Meditsinskiy zhurnal. 2006; 1: 19-21.
7. Filatova A.S., Grinberg L.M. Spontannyyi pnevmotoraks – etiopatogenez, patomorfologiya [Spontaneous pneumothorax: etiopathology and pathomorphology] Ural'skiy meditsinskiy zhurnal. 2008; 13 (58): 82-89.
8. Avdeev S.N. Pneumothorax. Consilium Medicum. 2005; 7: 10: 874-882.
9. Belyaeva I.V., Stroev Yu.I., Churilov L.P. Primary spontaneous pneumothorax and connective tissue dysplasia. Meditsinskiy al'yans. 2014; 1: 43-53.
10. Zhestkov K.G., Barsky B.V., Atukov M.A., Pichurov A.A. National clinical guidelines for the diagnosis and treatment of spontaneous pneumothorax. - М. 2005; 10-15.
11. Suzdaltzev A.M. Surgical approach for treatment of spontaneous pneumothorax in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia. Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. 2011; 26: 3-2: 85-88.
12. Suzdaltsev A.M., Korzhuk M.S., Sitnikova V.M., Sokolov S.A. Surgical approach for treatment of spontaneous pneumothorax in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia. Omskiy nauchnyy vestnik. 2011; 1 (104): 48-51.
13. Tatur A.A., Plandovskiy A.V. The nonspecific spontaneous pneumothorax. Message 1: etiology, pathogenesis, diagnosis. Meditsinskiy zhurnal. 2006; 1: 19-21.
14. Filatova A.S., Grinberg L.M. Spontaneous pneumothorax: etiopathology and pathomorphology (literature review). Ural'skiy meditsinskiy zhurnal. 2008; 13 (58): 82-89.

Recieve 25.01.2017

### Information about the Authors

1. Temirbulatov V. I. – MD, Prof. of the Department of Surgical Diseases of the faculty of post-diploma education, Kursk State Medical University; the head of the Department of Thoracic Surgery, Kursk regional clinical hospital, e-mail: vtemirbulatov@yandex.ru
2. Ivanov I. S. – MD, Prof. of the Department of Surgical Diseases No.1, Kursk State Medical University, e-mail: ivanov.is@mail.ru
3. Okunev O. A. – Assistant of the Department of Surgical Diseases No.1, Kursk State Medical University, e-mail: lubjanka24@mail.ru
4. Kletkin M. E. – Applicant of the Department of Surgical Diseases No.1, Kursk State Medical University; physician of Department of Thoracic Surgery, Kursk regional clinical hospital, e-mail: kletkin-max@mail.ru
5. Sarychev A. V. – Graduate student of the Department of Surgical Diseases No.1, Kursk State Medical University, e-mail: pardus92@yandex.ru