

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПНЕВМОТОРАКС КАК СИМПТОМ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

©И. В. Авраменко

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

РЕЗЮМЕ. Спонтанный пневмоторакс (СП) – это самостоятельное заболевание или осложнение у пациентов с буллезной болезнью легких, проявляющееся скоплением воздуха в плевральной полости вследствие возникновения патологического сообщения плевральной полости с воздухоносными путями. Эпидемиология СП в Украине, как и в мире, представлена ограниченными данными. Например, в Великобритании распространенность СП составляет 16,8 на 100 тыс. в год (24 – для мужчин и 9,8 – для женщин); частота первичного СП среди мужчин в США составляет 7,4 на 100 тыс., а в Швеции – 18–28 на 100 тыс. Актуальным вопросом клинической практики остается вопрос соблюдения алгоритма верификации причины спонтанного пневмоторакса, в частности, как первого проявления буллезной болезни легких, и необходимость проведения дифференциальной диагностики причин СП. В статье на примере клинического случая пациента 30 лет без сопутствующей патологии со стажем курения 13 лет (1 пачка ежедневно) описываются особенности диагностики буллезной болезни легких в динамике прогрессирования симптоматики в течение 3 лет с момента первых клинических симптомов, первичным проявлением которой был СП. Представлен анализ особенностей диагностической тактики ведения этих пациентов на амбулаторном этапе, разобраны типичные диагностические ошибки в оценке жалоб и диагностике буллезной болезни легких, первым клиническим проявлением которой был СП. Акцентируется вопрос значимости семейного врача в вопросах сопровождения и наблюдения пациентов со спонтанным пневмотораксом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: клинический случай; рецидивирующий спонтанный пневмоторакс; буллезная болезнь легких.

Вступление. Клиническая значимость спонтанного пневмоторакса, как визитной карточки буллезной болезни легких, варьирует от бессимптомных рентгенологических находок до тяжелых инвалидизирующих и жизнеугрожающих состояний. Несмотря на значимый прогресс пульмонологии сегодня, развитие лучевых и торакоскопических технологий, до сих пор нет единого мнения по вопросам этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и методов лечения буллезной болезни легкого, осложненной спонтанным пневмотораксом [1].

По данным литературы, у 12 % населения старше 30 лет имеются буллезные изменения [2]. Терминологически различают буллезную болезнь легких (ББЛ) и буллезную эмфизему легких (БЭЛ). Под ББЛ понимают наличие одной или большего числа булл в структуре неизменной легочной ткани. Некоторые авторы выделяют первичную ББЛ у пациентов с дифференцированной соединительнотканной дисплазией (СТД), в частности, синдромы Марфана и Элерса–Данло [1], когда спонтанный пневмоторакс, апикальные буллы и другие дисморфии легких рассматриваются как внутренние легочные фены СТД.

Иная патологическая основа у БЭЛ, которая рассматривается как вариант диффузной эмфиземы легких, что сопровождается деструкцией альвеолярных стенок с образованием полостей (булл) больше 1 см на фоне других первичных заболеваний легких (чаще всего ХОЗЛ).

Спонтанный пневмоторакс (СП) – осложнение, которое достаточно часто возникает у пациентов с ББЛ и БЭЛ, проявляющееся скоплением воздуха в плевральной полости вследствие формирования патологического сообщения плевральной полости с воздухоносными путями [3]. В Великобритании распространенность СП регистрируется 16,8 на 100 тыс. в год (24 – для мужчин и 9,8 – для женщин). По данным L. J. Melton et al., частота первичного СП среди мужчин в США составляет 7,4 на 100 тыс; эпидемиологические данные аналогичных исследований в Швеции по частоте первичного СП среди мужчин оцениваются как 18–28 на 100 тыс. Истинная распространенность первичного СП в мире неизвестна, так как в ряде случаев болезнь может протекать бессимптомно [4].

По данным литературы, одной из ведущих причин развития ББЛ у молодых пациентов является курение, а предрасполагающим фактором развития булл – недостаточность α 1-антитрипсина [1, 5]. ББЛ может протекать бессимптомно до момента развития СП. На момент появления первых клинических симптомов заболевания среди основных жалоб пациентов – приступ кашля с последующими болями в груди на стороне пневмоторакса, внезапный приступ боли в грудной клетке и одышка. При физикальном обследовании при буллах больших размеров могут регистрироваться тимпанический перкуторный звук и ослабление дыхания в области буллы. Известно, что одни буллы могут со временем увеличиваться в

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, **випадок з практики**, короткі повідомлення
размерах, другие остаются стабильными; следует также помнить, что буллы и пневмоторакс могут рецидивировать после булэктомии, нередко образование новых булл регистрируется в контралатеральном легком [6].

Презентация клинического случая. История болезни. Пациент А., мужчина, 1989 года рождения (30 полных лет), полицейский, проживающий в г. Днепр, 09 апреля 2017 года обратился к семейному врачу с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, которая возникла после интенсивного бега, и появление «неприятных ощущений» во время физической нагрузки.

Из анамнеза известно: курит 13 лет приблизительно по 1 пачке в день. В 2015 и 2016 годах дважды лечился по поводу внегоспитальной пневмонии.

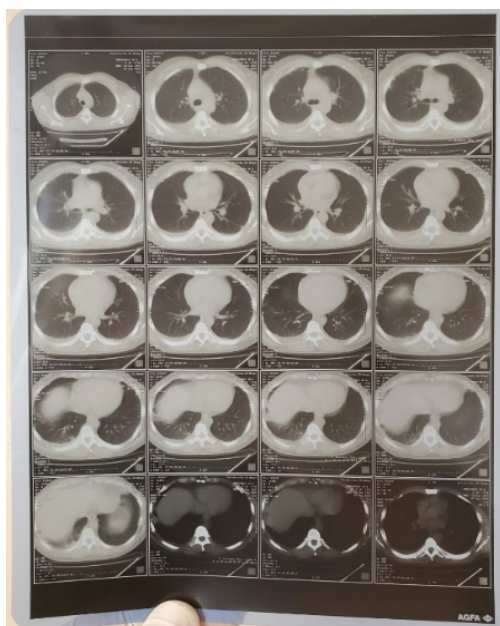
При физикальном обследовании органов грудной клетки патологических изменений не выявлено. При осмотре – температура тела 36,8 °С, ЧД – 20, перкуторно – ясный легочной звук, аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет. Пациенту было назначено и в тот же день проведено рентгенологическое обследование органов грудной полости (Ro-ОГП).

Предварительный диагноз – межреберная невралгия; даны рекомендации повторной консультации на следующий день для оценки результатами Ro-ОГП, назначен нимесулид.

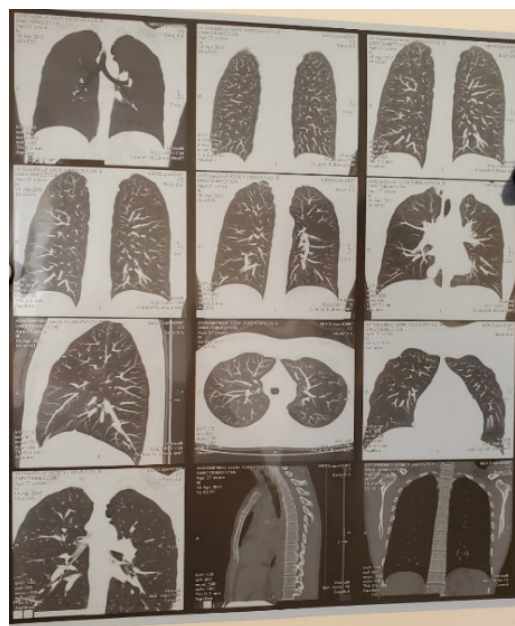
Комментарии по ведению и оценке пациента во время первичного визита. Зачастую паци-

енты не умеют правильно описывать свои симптомы. В данном случае формулировку «неприятные ощущения» следует трактовать не только как подтверждение наличия боли, но и, возможно, как проявления одышки. Для подтверждения или опровержения этого суждения необходимо задать прямой вопрос с пояснением сущности симптома, а также предложить пройти нагрузочные тесты (например, 6-минутный тест с ходьбой). Вторым значимым упущением тактики врача является рекомендация о консультации на следующий день, отсутствие оценки результатов Ro-ОГП по факту ее проведения в тот же день и недооценка отягощенного пульмонологического анамнеза пациента, что должно настораживать в отношении возможности развития атипичного старта заболеваний легких.

История болезни (продолжение). Второй визит состоялся на следующий день, 10 апреля 2017 года. Спустя сутки от начала заболевания у пациента появляются жалобы на выраженную одышку при физической нагрузке, боль в правой половине грудной клетки, боль в области сердца. Объективно: периоральный цианоз, над легкими перкуторно – коробочный звук над правой половиной грудной клетки, аускультативно – справа ослабление везикулярного дыхания (более выраженное над верхушкой). Заключение Ro-ОГП – плащевой пневмоторакс. Пациент urgently направлен на компьютерную томографию ОГП (КТ-ОГП) (рис. 1).



а



б

Рис. 1. Заключение компьютерной томографии органов грудной полости (а, б). Легкие: солитарный микроузелок в переднем отделе S3 правого легкого полигональной формы до 3×4 мм. Преимущественно в верхних отделах легких небольшие участки парасептальной буллезной эмфиземы до 15×12 мм. Признаки пневмоторакса.

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, **випадок з практики**, короткі повідомлення

С диагнозом «Спонтанный пневмоторакс» пациент был направлен в торакальное отделение, где ему провели торакоцентез, дренирование правой плевральной полости. Через 11 дней (21.04.17) пациент выписан из хирургического стационара с диагнозом «Спонтанный пневмоторакс» под наблюдение семейного врача, у которого получены рекомендации: не пользоваться авиатранспортом, не нырять с аквалангом.

Комментарии по ведению пациента. Для постановки диагноза СП достаточно заключения Ro-ОГП, а назначение КТ-ОГП не входит в перечень обязательного обследования для верификации СП. По международным рекомендациям, проведение КТ-ОГП рекомендовано через 1–2 месяца после лечения СП для выявления признаков ББЛ (сформированных булл), которые могут быть не видны в остром состоянии. Согласно протоколу наблюдения пациентов со СП, эти больные должны наблюдаться у семейного врача, в перечень обязательных мероприятий по ведению – полный отказ от курения, вакцинация от гриппа, рекомендации по исследованию дефицита α 1-антитрипсина.

История болезни (продолжение). Через 2 года 8 месяцев, в декабре 2019 года, пациент повторно обратился к семейному врачу с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, которая возникла после физической нагрузки. Учитывая анамнез болезни и жизни (пациент продолжает курить), врач сразу же направил пациента на КТ-ОГП. Заключение: ограниченный правосторонний пневмоторакс. Семейным врачом, совместно с торакальным хирургом, по согласованию тактики ведения пациента было принято ре-

шение о консервативном ведении заболевания, учитывая ограниченный объем поражения, установлен диагноз «Спонтанный пневмоторакс».

Комментарии по ведению пациента. При повторном эпизоде СП необходимо было установить диагноз «Рецидивирующий ограниченный правосторонний пневмоторакс» и провести дифференциальный поиск ББЛ или БЭЛ, при необходимости направить на консультацию к пульмонологу. На данном этапе амбулаторного ведения пациента необходимо было вновь провести консультирование по необходимости модификации образа жизни, отказе от курения, дать полную информацию о факторах риска, возможной пролонгации и развитии болезни.

История болезни (продолжение). Через пять месяцев, 02.05.2020 пациент доставлен машиной скорой помощи в отделение торакальной хирургии с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, боль в правой половине грудной клетки, которая возникла внезапно утром при резком подъеме с кровати, выраженную слабость. В стационаре верифицирован диагноз «Буллезная болезнь правого легкого. Патологический рецидивирующий пневмоторакс».

В этот же день, 02.05.2020, urgently проведен торакоцентез и дренирование правой плевральной полости; 06.05.2020 – оперативное лечение: Видеоассистированная торакотомия справа. Атипичная резекция верхней доли (рис. 2). Патогистологическое заключение: ткань легкого с признаками хронического неспецифического воспаления, умеренным диффузно-очаговым фиброзом, формированием булл.

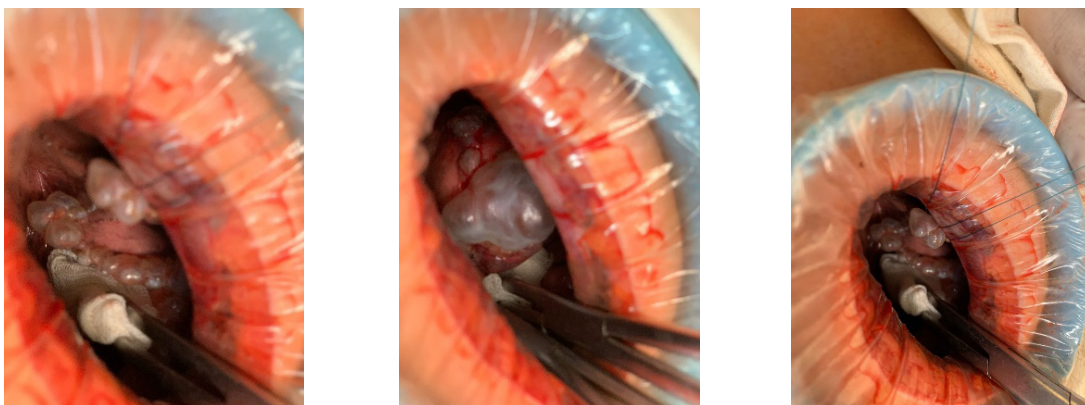


Рис. 2. Фото операционного поля: изменение легочной ткани по типу «грозди винограда».

Пациент выписан через 16 дней стационарного лечения, 18.05.2020, под наблюдение семейного врача. Даны рекомендации: строгий запрет курения, КТ-контроль через 3 месяца, исследование уровня α 1-антитрипсина.

На примере данного клинического случая показано, что основными стратегическими ошибками в тактике ведения данного пациента были недооценка прогностической важности первых симптомов, неверный классификационно-диаг-

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, **випадок з практики**, короткі повідомлення

ностический подход к верификации нозологической формы заболевания, неправильная тактика выбора сроков проведения диагностических мероприятий (КТ), и, что самое главное, отсутствие консультирования по рискам курения и прогнозу основного заболевания при отказе от модификации образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бродская О. Н. Буллезная эмфизема и буллезная болезнь легких / О. Н. Бродская, Г. Э. Поливанов // Практическая пульмонология. – 2019. – № 1. – С. 15–21.
2. Siddiqui N. A. Bullous emphysema / N. A. Siddiqui, V. Nookala Last update 2019 May 18. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2019 Jan.
3. Случай диагностики буллезной болезни легких в условиях военного госпиталя / Попов А. В. [и др.] // Главный врач Юга России. – 2017. – № 3 (56).

Выводы. 1. В алгоритме диагностического поиска причин впервые возникшего СП необходимо исключать /подтверждать ББЛ или БЭЛ.

2. Для подтверждения диагноза СП достаточно проведения Ro-ОГП

3. Модификация образа жизни пациентов, в частности отказ от курения – основа консультирования пациентов со СП в анамнезе.

4. Михеев А. В. Этиология первичного спонтанного пневмоторакса (обзор литературы) / А. В. Михеев // Земский врач. – 2015. – № 4 (28).

5. Martinez F. J. Evaluation and medical management of giant bullae / F. J. Martinez. – Available from: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-medical-management-of-giant-bullae> Accessed 2019 Aug 07.

6. Contralateral recurrence of primary spontaneous pneumothorax / T. W. Huang, S. C. Lee, Y. L. Cheng [et al.] // Chest. – 2007. – No.132 (4). – P. 1146–1150.

REFERENCES

1. Brodskaya, O.N., & Polivanov, G.E. (2019). Bulleznaya enfizema i bulleznaya bolezn legkikh [Bullseed emphysema and bullous lung disease]. *Prakticheskaya pulmonologiya – Practical Pulmonology*, 1, 15-21 [in Russian].
2. Siddiqui, N.A., & Nookala, V. (2019). *Bullous emphysema*. In: StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing.
3. Popov, A.V. (2017). Sluchay diagnostiki bulleznoy bolezn legkikh v usloviyakh voennogo gospihtalya [A case of diagnosis of bullous lung disease in a military hospital]. *Glavnyy vrach. Yuga Rossii – Chief Doctor. The Russian South*, 3 (56).

4. Miheev, A.V. (2015). Etiologiya pervichnogo spontannogo pnevmotoraksa (obzor literatury) [The etiology of primary spontaneous pneumothorax (literature review)]. *Zemskiy vrach – Zemsky Doctor*, 4 (28) [in Russian].

5. Martinez, F.J. (2019). *Evaluation and medical management of giant bullae*. Retrieved from: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-medical-management-of-giant-bullae>.

6. Huang, T.W., Lee, S.C., Cheng, Y.L., Tzao, C., Hsu, H.H., Chang, H., & Chen, J.C. (2007). Contralateral recurrence of primary spontaneous pneumothorax. *Chest*, 132 (4), 1146-1150.

ПАТОЛОГІЧНИЙ РЕЦИДИВНИЙ ПНЕВМОТОРАКС ЯК СИМПТОМОМ БУЛЬОЗНОЇ ХВОРОБИ ЛЕГЕНЬ: ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

©І. В. Авраменко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

РЕЗЮМЕ. Спонтанний пневмоторакс (СП) – це самостійне захворювання або ускладнення у пацієнтів з бульозною хворобою легень, що проявляється скупченням повітря в плевральній порожнині внаслідок виникнення патологічного сполучення плевральної порожнини з повітряноносними шляхами. Епідеміологія СП в Україні, як і в світі, представлена обмеженими даними. Наприклад, у Великобританії поширеність СП становить 16,8 на 100 тис. щорічно (24 – для чоловіків і 9,8 – для жінок); частота первинного СП серед чоловіків в США становить 7,4 на 100 тис., а в Швеції – 18–28 на 100 тис. Актуальним питанням клінічної практики залишається питання дотримання алгоритму верифікації причини спонтанного пневмотораксу, зокрема, як першого прояву бульозної хвороби легень, і необхідність проведення диференційної діагностики причин СП. У статті на прикладі клінічного випадку пацієнта 30 років без супутньої патології зі стажем куріння 13 років (1 пачка щодня) описуються особливості діагностики бульозної хвороби легень у динаміці прогресування симптоматики протягом 3 років з моменту перших клінічних симптомів, первинним проявом якої був СП. Представлений аналіз особливостей діагностичної тактики

Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему, **випадок з практики**, короткі повідомлення ведення цих пацієнтів на амбулаторному етапі, розібрані типові діагностичні помилки в оцінці скарг та діагностиці бульозної хвороби легень, першим клінічним проявом якої був СП. Акцентується питання значущості сімейного лікаря в питаннях супроводу та спостереження пацієнтів зі спонтанним пневмотораксом.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: клінічний випадок; рецидивний спонтанний пневмоторакс; бульозна хвороба легень.

PATHOLOGICAL RECURRENT PNEUMOTHORAX AS A SYMPTOM OF BULLOUS LUNG DISEASE: THE PRACTICAL CASE

©I. V. Avramenko

Dnipropetrovsk Medical Academy

SUMMARY. Spontaneous pneumothorax (SP) is an independent disease or complication in patients with the lung bullous disease, manifested by the accumulation of air in the pleural cavity due to the occurrence of pathological communication of the pleural cavity with airways. Epidemiology of SP in Ukraine, as well as in the world, is presented by limited data, so in the UK the prevalence of SP is 16.8 per 100 thousand per year (24 – for men and 9.8 – for women); the frequency of primary SP among men in the U.S., is 7.4 per 100 thousand, and in Sweden – 18–28 per 100 thousand. An actual issue of clinical practice is the question of compliance with the verification algorithm of the cause of spontaneous pneumothorax, in particular, as the first manifestation of pulmonary disease and the need for differential diagnosis of the causes of SP. The article describes the peculiarities of diagnostics of the lung bullous disease in the dynamics of symptomatology progression within 3 years from the moment of the first clinical symptoms, the primary manifestation of which was SP, by the example of the clinical case of the patient 30 years without accompanying pathology with the experience of smoking for 13 years (1 pack daily). The analysis of features of diagnostic tactics of these patients at the outpatient stage is presented, typical diagnostic errors in the evaluation of complaints and diagnostics of the lung bullous disease, the first clinical manifestation of which was SP, are analyzed. The issue of importance of a family doctor in accompanying and monitoring patients with spontaneous pneumothorax is emphasized.

KEY WORDS: clinical case; recurrent spontaneous pneumothorax; bullous lung disease.

Отримано 5.06.2020