

Заключение

В ходе выполненной работы выявлено, что только у одной трети обследованных пациентов был диагностирован нормальный уровень витамина D. Во всех остальных случаях обнаружен либо дефицит (26,7%), либо недостаточность (40%) витамина. Полученные данные говорят о высокой распространенности данной проблемы и необходимости профилактики и лечения дефицита витамина D среди населения.

Медианы уровней витамина D не имели статистически значимых различий при сравнительной оценке в зависимости от возраста и пола пациентов, что указывает на низкую роль данных факторов в формировании дефицита витамина D.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике, лечению и профилактике дефицита витамина D у взрослых / Е. А. Пигарова [и др.] // Проблемы Эндокринологии. – 2016. – Т. 62. – № 4. – С. 60–84.

2. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline / M. F. Holick [et al] / J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2011. – Vol. 96(7). – P. 1911–1930.

3. Пигарова, Е. А. Терапевтические возможности коррекции дефицита витамина D у взрослых / Е. А. Пигарова, А. А. Петрушкина // Consilium Medicum. – 2018. – Т. 20. – № 4. – С. 68–71.

УДК 616.25-002.37-07

**О. А. Ярмоленко¹, Д. А. Зиновкин¹, С. А. Смолицкий², С. Б. Тонкой²,
И. Л. Мамченко¹, Т. В. Алейникова¹, М. А. Дука¹**

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Введение

Спонтанный пневмоторакс – синдром, характеризующийся скоплением воздуха в плевральной полости, не связанным с травмой легкого, инфекционной или опухолевой деструкцией легочной ткани или врачебными манипуляциями [1]. Несмотря на наличие собственного кода в международной классификации болезней 10 пересмотра, может являться осложнением другого заболевания или патологического процесса. Первичный спонтанный пневмоторакс не ассоциируется с наличием предшествующего заболевания, в генезе вторичного могут фигурировать такие болезни как, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, интерстициальные заболевания легких, экстрагенитальный эндометриоз, лимфангиолейоматоз, туберозный склероз и др. При обоих видах предшествующим патологическим состоянием, на фоне которого происходит разрыв легочной ткани, нередко является буллезная или кистозная трансформация легких. Сведения о частоте встречаемости спонтанного пневмоторакса и половозрастной структуре пациентов значительно варьируют по данным разных авторов [2]. В последние десятилетия широко обсуждается участие и роль недифференцированной дисплазии/наследственных нарушений соединительной ткани в генезе буллезной эмфиземы легких. Спонтанный пневмоторакс в клинических рекомендациях по недифференцированным дисплазиям соединительной ткани РНМОТ 2022 г. расценивается как один из диагностических критериев с коэффициентом достоверности 5,63 [3].

Цель

Проанализировать частоту оперативных вмешательств по поводу спонтанного пневмоторакса у пациентов г. Гомеля и Гомельской области за год, предшествующий появлению в Республике Беларусь коронавирусной инфекции COVID-19, гендерную и возрастную структуру пациентов, клиничко-морфологические данные, частоту встречаемости первичного и вторичного пневмоторакса, оценить роль системного вовлечения соединительной ткани в патологический процесс.

Материал и методы исследования

Проведен анализ стационарных карт пациентов, прооперированных по поводу спонтанного пневмоторакса в хирургическом торакальном отделении ГУЗ «Гомельская областная клиническая больница» в 2019 г. Проведен анализ половозрастной структуры пациентов, триггерных факторов в возникновении спонтанного пневмоторакса, сопутствующих заболеваний, локализации патологического процесса, оценены клинические и морфологические данные пациентов до операции и в раннем послеоперационном периоде. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием пакета прикладных программ MSt Office Excel 2007.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 70 пациентов, прооперированных по поводу спонтанного пневмоторакса в хирургическом торакальном отделении за период 1 год, 26% составили пациенты женского пола (n=18), 74% пациентов (n=52) мужского пола. Средний возраст пациентов – $33 \pm 12,28$ года. Средний возраст мужчин составил 32 года, женщин – 37 лет. Средняя продолжительность лечения составила $16,76 \pm 8,6$ койко-дней. У 57 (81%) пациентов спонтанный пневмоторакс возник впервые, из 13 (19%) с рецидивирующим спонтанным пневмотораксом у 4 (5,7%) отмечалось 2 и более рецидива в анамнезе. Несмотря на возможность раннего рецидива, в исследуемой группе не было повторных госпитализаций по поводу спонтанного пневмоторакса в течение года. Первичный пневмоторакс без наличия в анамнезе бронхолегочной и др. патологии, при которой возможен разрыв легочной ткани, отмечался у 68 (94%) пациентов, причем у 4 (6%) из них были выявлены изменения легочной ткани, по данным патогистологического исследования, которые могут коррелировать с хронической обструктивной болезнью легких, пневмокониозами (преимущественно были обнаружены очаги антракоза), гемосидерозом легких. По локализации процесса было выявлено, что превалирует правостороннее поражение – у 45 (64,3%) пациентов спонтанный пневмоторакс отмечался справа, слева – у 25 (35,7%) пациентов соответственно. У 24 (34%) пациентов локализация разрыва определялась в S1 сегменте, у 4 (5,6%) в S2, у 2 (2,8%) в S6, по 1 (1,4%) пациенту в S3 и S10 соответственно. Из полисегментарных поражений превалировала локализация S1,2 – 35 (50%) пациентов, из оставшихся 4,8% случаев встречались комбинации – S1,8; S3,5; S4,5; S1,4,5,8. В клинической картине закономерно отмечались жалобы на одышку – при незначительной физической нагрузке у 70 (100%) пациентов, реже – в покое 35 (50%), боли в грудной клетке 68 (97% случаев). Иррадиацию болей в руку или под лопатку отмечало только 6% пациентов. У 43% пациентов отмечался напряженный пневмоторакс, со смещением органов средостения, выраженной одышкой. В среднем, объем коллабированного легкого сохранялся на уровне $53,33 \pm 23,2$ % от первоначального объема. Срок, в течение которого пациенты обращались за медицинской помощью после наступления заболевания составил от 1 дня до 15 дней, в среднем – 2,8 дня. Конституционально преобладали лица астенического типа, 46 (66%) пациентов, средний индекс массы тела составил $22,2 \pm 3,83$. Те или иные осложнения отмечались в 69% случаев. В структуре осложнений преобладали: плевральный выпот – отмечался

у 36 (51%) пациентов (у 1 пациента посев плевральной жидкости дал рост синегнойной палочки, у 1 пациента – в плевральной жидкости обнаружены аспергиллы), подкожная эмфизема – у 18 (26%) пациентов, у 14 (20%) отмечались послеоперационные гематомы по данным рентгенологического исследования легких, у 4 (6%) длительно отмечался сегментарный ателектаз на стороне поражения, у 8 (12%) отмечалось замедленное расправление легких, 2 (3%) пациентов прооперировали повторно по поводу гемоторакса. В 7 (10,5%) случаях пациентам в качестве медицинской помощи изначально проводилось дренирование, однако ввиду рецидива спонтанного пневмоторакса объем оперативного вмешательства был расширен до проведения видеоассоциированной резекции части легкого спустя несколько дней. У части прооперированных пациентов пневмоторакс в небольшом количестве сохранялся, средняя продолжительность присутствия воздуха в плевральной полости по данным рентгенографии органов грудной клетки в послеоперационном периоде составила 5,1 дня. Макроскопически и микроскопически гистологический материал описывал признаки буллезной эмфиземы, у 63 (91%) пациентов это были множественные буллы, располагающиеся гроздьями, у 2 (3%) пациентов отмечены буллы с фистулами, размер булл в среднем составил 1,6 см, у 30 (43%) пациентов по данным гистологического и рентгенологического методов исследований зафиксирован выраженный спаечный процесс, у 4 (6%) имеются признаки кистозного перерождения легких, также в гистологическом материале закономерно описываются участки периваскулярного и перибронхиального склероза, фиброза легочной ткани, лимфоцитарной инфильтрации, субплевральных кровоизлияний в легочной ткани, бронхиолоэктазы, дислектазы, у 4 (6%) пациентов выявлены бронхиальные кисты, у 2 (3%) пациентов – гиперплазированные лимфатические узлы в ткани легкого.

Заключение

Таким образом, пациенты со спонтанным пневмотораксом представляют собой гетерогенную группу, где преобладают случаи первичного спонтанного пневмоторакса неустановленной этиологии. У части из этих пациентов возможно уточнение этиологического фактора или патофизиологического механизма развития данного осложнения после тщательного дообследования. Большинство пациентов молодого возраста, мужского пола, астенического телосложения, что указывает на высокую вероятность наличия в данной группе пациентов с дисплазией соединительной ткани, патогистологические данные также косвенно указывают на такую возможность. Ведение пациентов со спонтанным пневмотораксом требует мультидисциплинарного подхода в диагностике, лечении и реабилитации. Для детальной оценки признаков системного вовлечения соединительной ткани требуется проспективное исследование с детальной оценкой фенотипа по общепринятым методикам. Исследование гистологического материала на предмет специфических молекул, таргетно участвующих в диспластических процессах, процессах фиброобразования позволит дополнить представления о генезе эмфизематозных процессов в легочной ткани.

Работа выполнена при поддержке БРФФИ, № государственной регистрации 20241425 от 08.07.2024.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : учеб. пособие / Е. Г. Малаева [и др.] – Гомель : ГомГМУ, 2021. – 134 с.
2. Trends in the Incidence and Recurrence of Inpatient-Treated Spontaneous Pneumothorax, 1968–2016 / R. J. Hallifax [et al.] // JAMA. – 2018. – Vol. 320, № 14. – P. 1471–1480.
3. Клинические рекомендации. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани // Терапия. – 2024. – Т. 10. - № 5S. – С. 1–43.