**Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и социального развития РФ**

[**Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО**](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=330)

**Реферат на тему:**

**«Спонтанный пневмоторакс»**

**Выполнила:**

**ординатор 1 года специальности СМП**

**Дунай Кира Андреевна**

**Красноярск**

**2022 г.**

**Оглавление**

Введение………………………………...………………………………………..3

Классификация спонтанного пневмоторакса………………………..…………4

Оказание помощи на догоспитальном этапе……………………………………5

Список литературы…………………………………………………………….....9

**Введение**

Спонтанный пневмоторакс – внезапное, не связанное с травмой или

каким-либо лечебно-диагностическим воздействием нарушение целости

висцеральной плевры, сопровождающееся поступлением воздуха из легкого в плевральную полость, приводящее к смещению средостения и уменьшению

возврата венозной крови к сердцу.

Первичный пневмоторакс возникает у практически здоровых людей на

фоне полного благополучия. Вторичный пневмоторакс является осложнением буллезной эмфиземы (обусловливает 71-95% случаев), туберкулеза, рака, ХОБЛ, бронхиальной астмы, острых бронхитов, пневмоний, врожденного поликистоза, cаркоидоза, СПИД, идиопатического пневмосклероза, эозинофильного гранулематоза, гранулематоза Вегенера,

лимфангиолейомиоматоза, туберозного склероза, экстрагенитального

эндометриоза и др. Напряженный спонтанный пневмоторакс необходимо

исключать всегда при остро возникших одышке, болях в области груди и

ассиметрии грудной клетки. Первичный спонтанный пневмоторакс возникает

с частотой от 1 до 18 (в среднем 5) случаев на 100 000 населения в год.

Мужчины болеют в 5 раз чаще, чем женщины. Обычно он развивается у

молодых людей астенического телосложения и пониженного питания в

возрасте от 10 до 30 лет и редко встречается у людей старше 40 лет.

**Классификация спонтанного пневмоторакса**

• по этиологии:

а) первичный (идиопатический);

б) вторичный (симптоматический)

• по состоянию внутриплеврального давления:

а) ненапряженный;

б) напряженный (клапанный)

• по особенностям возникновения:

а) впервые выявленный;

б) рецидивный

• по распространенности:

а) тотальный;

б) частичный (малый – коллапс легкого на 1/3 объема и средний – коллапс легкого на ½ объема);

в) односторонний;

г) двусторонний;

д) единственного легкого

• по особенностям клинического течения: стойкий (неустранимый, некупируемый)

• по наличию осложнений:

а) неосложненный;

б) осложненный (внутриплевральным кровотечением, эмфиземой

средостения и мягких тканей грудной клетки, шеи, лица, эмпиемой плевры,

ригидным легким)

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА**

**ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Основными диагностическими признаками напряженного спонтанного

пневмоторакса являются:

- наличие в анамнезе бронхолегочной патологии, курение;

- острое начало заболевания;

- жалобы на боли в пораженной половине груди и одышку;

- цианоз лица, губ, гиперемия склер, акроцианоз;

- увеличение в объеме пораженной половины грудной клетки,

выбухание мягких тканей в области надключичной ямки;

- набухание поверхностных вен шеи;

- частый пульс слабого наполнения;

- смещение границ сердца и тонов при аускультации, в сторону

противоположную пневмотораксу;

- чаще артериальная гипотония, при гиперкапнии-гипертензия;

- повышенное центральное венозное давление;

- тахипноэ;

- межреберные промежутки расширены и сглажены, дыхательные

движения на пораженной половины груди отсутствуют;

- голосовое дрожание на стороне повреждения не определяется;

- тимпанит и полное отсутствие дыхательных шумов и бронхофонии на

стороне поражения;

- гипоксемия, значительное снижение сатурации.

Быстрое нарастание подкожной эмфиземы указывает на избыточное

положительное давление в плевральной полости это характерно для

напряжённого пневмоторакса.

Для решения вопроса о целесообразности выполнения на догоспитальном этапе пункции и, тем более, дренирования плевральной полости при подозрении на напряженный пневмоторакс следует ориентироваться на степень выраженности дыхательной недостаточности и темп ее нарастания. В большинстве случаев, достаточно динамического наблюдения, ингаляции кислорода и катетеризации периферической вены.

Пороговыми значениями, побуждающими к активным действиям, следует

считать ЧДД более 30 в 1 минуту, нарастающий цианоз и постепенно

снижающуюся сатурацию до 90 и ниже (FiO2 около 40-60%).

Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе заключается в проведении декомпрессии плевральной полости. Торакоцентез

выполняется под местной инфильтрационной анестезией (новокаин 0,25-0,5%, лидокаин 0,5%) иглой 2-3 мм во II межреберном промежутке по

среднеключичной линии ориентируясь на верхний край III ребра. Допускается дренирование плевральной полости сосудистым катетером 14-16F во II межреберье по среднеключичной линии, либо в III или IV межреберном промежутке по средней подмышечной линии. Экстракорпоральный конец дренажа опускается в пластиковую емкость с жидкостью.

 После эвакуации воздуха из плевральной полости, оксигенотерапии и обезболивания:

метамизол натрия (анальгин 50% - 2 мл в/в или в/м), кетапрофен 50мг/мл в/в

или в/м 2мл, а при необходимости, наркотические анальгетики-промедол 2%-

1мл в/м) самочувствие и состояние пациента, как правило, стабилизируется.

Возникновение спонтанного пневмоторакса в некоторых случаях

сопровождается бронхоспазмом, который купируется ингаляцией

сальбутамола и(или) парэнтеральным введением эуфиллина 2,4%-5-10мл в/в,

глюкокортикоидных гормонов (преднизолон 30-90мг, в тяжелых случаях

используются β2-адреномиметики-тербуталин (бриканил) 0,05%-0,5-1мл

подкожно.

При прогрессировании дыхательной недостаточности и терминальном

состоянии, после декомпрессии плевральной полости показаны интубация

трахеи и ИВЛ. Следует помнить, что проведение ИВЛ без дренирования плевральной помощи может привести к быстро прогрессирующему напряженному пневмотораксу, резкому ухудшению состояния пациента вплоть до остановки кровообращения.

При отсутствии навыков интубации проходимость дыхательных путей

может быть обеспечена после адекватного применения ларингеальной маски,

ларингеальной трубки или пищеводно-трахеальной комбинированной трубки.

Вспомогательная вентиляция «тугой маской» возможна после выполнения

приемов Сафара и Селика, установка ротоглоточного воздуховода

выполняется после орошения слизистой глотки лидокаином-спрей при

достижении достаточной глубины седации, которая может быть обеспечена,

например, бензодиазепинами (релиум, седуксен, дормикум). Реализация подобной рекомендации в практической деятельности, возможна

только в том случае, если в составе бригады скорой помощи есть

сертифицированный врач-анестезиолог-реаниматолог. Фельдшерская или

врачебная бригада скорой медицинской помощи, не имеющая в своем составе профильного специалиста, должны вызвать в помощь специализированную выездную бригаду скорой медицинской помощи.

*Что делать нельзя:*

- осуществлять лечение больных с напряженным спонтанным

пневмотораксом в амбулаторных условиях;

- осуществлять медицинскую эвакуацию пациента с напряженным

пневмотораксом без декомпрессии плевральной полости при нарастающих

явлениях дыхательной недостаточности;

- проводить ИВЛ без адекватного дренирования плевральной полости;

- производить лечение напряженного спонтанного пневмоторакса путем

пункций плевральной полости без ее дренирования;

- использовать дренирование по Редону.

*Прогноз*

В большинстве случаев при своевременном оказании неотложной

помощи и правильном лечении прогноз благоприятный. Частота рецидивов

спонтанного пневмоторакса при традиционном лечении методом закрытого

дренирования колеблется от 39 до 47%, после проведения видеоторакоскопии – от 2 до 7%, после торакотомии – около 1%. В большинстве случаев рецидив наступает в первые 6 месяцев после первого эпизода. Летальность при спонтанном пневмотораксе составляет около 3%.

**Список литературы.**

1. Атюков М.А. Особенности лечения больных с впервые возникшим

спонтанным пневмотораксом и возможности прогнозирования его

рецидива // Автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб., 2005. - 23с.

2. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. - М.: Медиа Сфера,

2001. – 392 с.

3. Грасиас В.Х., Рейли П.М., Маккенни М.Г., Велмэхос Д.С. Неотложная

хирургия / Руководство для врачей общей практики: пер. с англ..- М.:

Изд-во Панфилова, 2010. – 862 с.

4. Методическое пособие но разработке клинических практических

руководств. - ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, Межрегиональное общество

специалистов доказательной медицины. Москва, Декабрь 2003.

www.osdm.org.

5. Мощин С.А. Оптимизация хирургической тактики лечения спонтанного

пневмоторакса // Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Воронеж, 2009. – 23

с.

6. Пичуров А.А., Оржешковский О.В., Николаев Г.В. и др. Особенности

лечебной тактики при спонтанном пневмотораксе у больных с

хронической обструктивной болезнью легких // Вестник хирургии им.

И.И. Грекова. – 2010.- Том 169. - №6. – С. 17-21.

7. Пландовский, А.В. Выбор рациональной хирургической тактики у

пациентов со спонтанным пневмотораксом // Военная медицина.–2012.

–№ 1. – С. 90–94.