

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра госпитальной хирургии имени профессора А.М.Дыхно с курсом ПО
Рецензия ассистенту А.А. Дудареву на реферат по теме: "КАТАМЕНИАЛЬНЫЙ ПНЕВМОТОРАКС"
ординатора первого года обучения по специальности "Торакальная хирургия" Чумак Веры
Александровны.

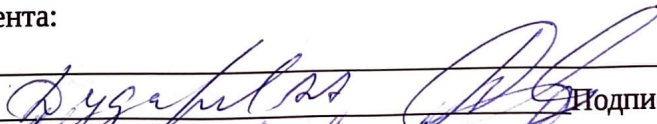
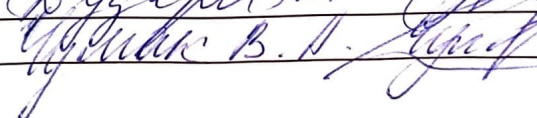
Рецензия на реферат – это критический отзыв проделанной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающей анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке.
Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения.
Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определённых негласных требований к содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения по специальности "Торакальная хирургия"

Оценочный критерий	Положительный/ Отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата по теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Использование известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/ отрицательная

Комментарий рецензента:

Дата: 02.10.23
Подпись рецензента: 
Подпись ординатора: 

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России)

РЕФЕРАТ
"КАТАМЕНИАЛЬНЫЙ ПНЕВМОТОРАКС"

Выполнила ординатор
кафедры госпитальной хирургии имени профессора А.М.Дыхно с курсом
ПО
специальности "Торакальная хирургия"
Чумак Вера Александровна

Проверил: ассистент кафедры
Дударев Александр Александрович

2023 год



СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	2
АКТУАЛЬНОСТЬ	3
ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ	3
ПАТОГЕНЕЗ	4
ДИАГНОСТИКА	5
ЛЕЧЕНИЕ	6
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	8
ЛИТЕРАТУРА	9

АКТУАЛЬНОСТЬ

Спонтанный пневмоторакс у женщин встречается существенно реже, чем у мужчин, составляя, по данным различных авторов, от 7,7 до 20% случаев. При этом среди причин пневмоторакса у женщин, помимо буллезной эмфиземы и лимфангиолейомиоматоза, существует торакальный эндометриоз.

В 1972 году G. Lillington и соавт. Предложили термин «катамениальный» (от греч. – «ежемесячный») для обозначения особой формы спонтанного пневмоторакса на фоне эндометриоза, склонного к множественным рецидивам и развивающегося в перименструальный период. В настоящее время все чаще используется термин «эндометриоз-ассоциированный пневмоторакс», так как катамениальный пневмоторакс является самым частым признаком синдрома эндометриоза плевральной полости.

До сих пор встречаются противоречивые данные о встречаемости этого заболевания, времени его развития относительно менструаций.

Эндометриоз-ассоциированный пневмоторакс является одним из наименее изученных заболеваний в современной торакальной хирургии как с точки зрения его патогенеза и распространенности, так и с позиции диагностики и лечения.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Впервые связь эндометриоза и рецидивирующего пневмоторакса у женщин отмечена С. R. Maurer в 1958 году. Ранее предполагалось, что встречается это заболевание крайне редко. Так, по данным Н. Nakamura et al. (1986), проводивших большое исследование этиологии пневмоторакса у женщин (664 случая пневмоторакса у женщин, 223 случая вторичного пневмоторакса), катамениальный характер данной патологии отмечался только в 6 случаях (2,8%). Однако современные исследования показали, что частота катамениального пневмоторакса

несравнимо выше. Так, по сообщению М. Alifano (2007), из наблюдавшихся 114 женщин у 28 был установлен диагноз катамениального пневмоторакса, что составило 24,6%. В то же время в работе А. С. Leong, А. S. Coonar (2006) в период с 1999 по 2003 год выявлены лишь 4 случая катамениального пневмоторакса. А. Р. Ciriaco с 1993 по 2008 год выявлено 10 случаев катамениального пневмоторакса. В статье О. В. Воскресенского и соавт. (2014) приведены только 2 случая катамениального пневмоторакса.

Катамениальный пневмоторакс обладает рядом особенностей. Так, правосторонняя локализация встречается в 90% чаще, чем левосторонняя. Катамениальный пневмоторакс имеет рецидивирующий характер – в среднем женщины переносят около 5 рецидивов до установления диагноза. Рецидивы зачастую остаются незамеченными ввиду малого количества воздуха, попавшего в плевральную полость. С этим же связана и невыраженная клиническая картина, часто нехарактерная для эпизодов спонтанного пневмоторакса. Таким образом, многие женщины просто не обращаются к врачу по поводу возникших у них симптомов.

К особенностям катамениального пневмоторакса следует отнести возраст пациенток – чаще всего это старше 40 лет, но доказаны случаи и 13 лет.

Термин «катамениальный» на сегодняшний день является дискуссионным, так как пневмоторакс при эндометриозе грудной клетки может развиваться и вне связи с менструацией, а через несколько дней после неё, в перименструальный период.

ПАТОГЕНЕЗ

Патогенез катамениального пневмоторакса досих пор не изучен. Первым предположением было совпадение развития пневмоторакса с менструациями (Mayo P. et al., 1963). Торакальный эндометриоз считается чрезвычайно редким

состоянием, данные о нем представлены в основном небольшими ретроспективными исследованиями и описаниями клинических случаев.

Согласно наиболее распространенной теории патогенеза катамениального пневмоторакса, воздух проникает в брюшную полость через половые пути женщины во время менструаций, а затем через перфорации в диафрагме в плевральную полость. Наличие патологического сообщения между плевральной полостью и полостью брюшины предопределяет возможность миграции газа и жидкости между ними, что возможно при многих заболеваниях. Эти состояния были объединены Р. А. Kirschner в синдром «порозной диафрагмы». М. А. Meyers (1973) доказал, что ток жидкости по правому боковому каналу проходит быстрее, чем по более узкому левому каналу. Печень в данном случае играет роль «поршня», движения которого при дыхании присасывают клетки эндометрия, которые попадают в надпеченочное пространство и имплантируются в сухожильный центр или в мышечную часть диафрагмы.

ДИАГНОСТИКА

Клинически катамениальный пневмоторакс мало чем отличается от других видов спонтанного пневмоторакса. Жалобы на:

- сухой кашель
- одышку
- боль на стороне пневмоторакса
- распространенная боль в области спины, с иррадиация в правое плечо
- тошноту

Возможно и бессимптомно. Часто появлению жалоб предшествует физическая нагрузка. Особенным для катамениального пневмоторакса считается появление симптомов после полового акта.

Рентгенография грудной клетки и компьютерная томография не позволяют

выявить специфические для катамениального пневмоторакса признаки.

Магнитно-резонансную томографию чаще относят к методам, способным помочь диагностировать катамениальный генез пневмоторакса. Описаны случаи находок образований в плевральной полости при проведении МРТ, которые при последующей торакоскопии оказывались эндометриоидными имплантатами. МРТ существенно превосходит МСКТ в степени визуализации эндометриоидных имплантов ввиду наличия в них крови. Также можно отметить изменения этих участков в период менструаций, выражающиеся в увеличении размера имплантов и интенсивности их сигнала в отличие от межменструального периода.

Лабораторные методы диагностики эндометриоз-ассоциированного пневмоторакса на основе оценки уровня СА-125 в плазме крови не получили распространения ввиду недостаточной специфичности и чувствительности.

Существенно расширить диагностические возможности может проведение диагностической торакоскопии. Этот достаточно малоинвазивный метод может помочь четко осмотреть поверхность легкого и купол диафрагмы при отсутствии выраженных плевральных сращений. Диагностическая торакоскопия заканчивается установкой плеврального дренажа в точке прокола грудной стенки.

ЛЕЧЕНИЕ

Подходы к лечению катамениального пневмоторакса и результаты этого лечения до сих пор весьма дискуссионны.

Если пневмоторакс занимает менее 20% объема гемиторакса, то можно ограничиться лишь назначением гормональных препаратов. Комбинированные оральные контрацептивы могут назначаться как циклически (21 таблетка с действующим веществом и 7 таблеток плацебо), так и постоянно (без плацебо). Полностью исключить рецидивы на фоне гормональной терапии не является возможным. В последние годы популярность приобрели аналоги гонадотропин-

рилизинг гормона. Эти препараты вызывают уменьшение секреции фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов. Развивающаяся гипоестрогения приводит к атрофии эндометрия и аменорее. Препараты обладают дозозависимыми побочными эффектами: сухость слизистых, остеопороз, приливы, бессонница.

Показаниями к хирургическому лечению считаются: неэффективность гормональной терапии, побочные эффекты или рецидив после окончания лечения.

Одним из наиболее старых хирургических методов, предложенных для лечения КП, является перевязка маточных труб, однако применение данного метода крайне ограничено. Использование его возможно лишь при наличии перфораций в диафрагме, подтвержденных лапароскопически, и у женщин, не имеющих репродуктивных планов. Данный метод не предотвращает рецидивов. Их развитие в таких случаях связано с плевральной локализацией очагов эндометрия.

Видеоторакоскопия позволяет ушить дефекты диафрагмы, предварительно выполнив биопсию измененных участков или резекцию измененных частей легкого сшивающими аппаратами, а также выполнить резекцию измененного участка диафрагмы на всю толщину. Также применение видеоторакоскопии позволяет выполнить более тщательную ревизию плевральной полости, чем это возможно из мини-торакального доступа. Тщательное удаление всех очагов эндометриоза способствует более длительному безрецидивному течению.

Наиболее серьезным осложнением резекции диафрагмы является послеоперационная грыжа при несостоятельности швов, что требует повторных оперативных вмешательств. Необходимым элементом операции является создание плевродеза, чаще всего с помощью плеврэктомии или абразии плевры. Создание плотного сращения между грудной стенкой и висцеральной плеврой является

признанным методом, предотвращающим рецидив пневмоторакса. Плевродез является приоритетной задачей в лечении КП, а консервативное лечение стоит лишь на втором месте. Плевродез можно осуществлять при помощи инфуляции талька или введением раствора тетрациклина. Применение талька ограничено ввиду его канцерогенности. Абразия плевры в совокупности с ушиванием дефектов диафрагмы также не может в достаточной мере обеспечить противорецидивный эффект, так как возможны рецидивы. Относительно применения только плеврэктомии существует мнение, что она не устраняет микроскопических эндометриоидных имплантов в плевральной полости, что может вести к рецидивам заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на относительно небольшое количество научных работ, посвященных эндометриоз-ассоциированному пневмотораксу, различие данных о его встречаемости, стертости клинической картины, наиболее характерными признаками этого заболевания являются правосторонняя его локализация, возраст пациенток – от 40 до 50 лет, а также наличие эндометриоза различной локализации в анамнезе.

В диагностике заболевания наиболее важную роль играют методики прямой визуализации плевральной полости.

Тактика лечения должна зависеть от возраста пациентки и ее желания забеременеть, частоты рецидивов, а также выраженности симптомов и их опасности для жизни. Сочетание гормональной терапии, резекции диафрагмы и плевродеза на сегодняшний день обеспечивает наиболее оптимальный противорецидивный эффект при лечении этого необычного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Н. С. К вопросу об аденомиомах матки. – СПб., 1897. – 86 с.
2. Торакальный эндометриоз и катамениальный пневмоторакс / О.В. Воскресенский, А. Н. Смоляр, М. М. Дамиров [и др.] // Хирургия. – 2014.
3. А. Д. Оборнев, В. Г. Пищик, М. А. Атюков, П. К. Яблонский ФГБУЗ «Клиническая больница No 122 имени Л. Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства» СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница No 2» ФГБУ ВПО Санкт-Петербургский государственный университет. Научная статья «КАТАМЕНИАЛЬНЫЙ ПНЕВМОТОРАКС. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ОСНОВАНИИ ОБЗОРА ЛИТЕРАТУРЫ»

