**Спонтанный пневмоторакс**

Спонтанный пневмоторакс — состояние, которое характеризуется скоплением воздуха в плевральной полости при возникновении ее патологического сообщения с воздухоносными путями и не связано с травмой или лечебными воздействиями**.**

В 1767 году Hewson впервые описал клинический симптомокомплекс, связанный с проникновением воздуха в плевральную полость при патологическом процессе в легких. Термин «пневмоторакс» предложил в 1803 году французский ученый J. Jtard и определил его как состояние, при котором в плевральную полость, из-за нарушения ее герметичности, попадает воздух.

Спонтанный пневмоторакс, развивается без клинически выраженного предшествующего заболевания, в том числеу лиц, считавшихся практически здоровыми. Спонтанный пневмоторакс чаще всего встречается у высоких худых мальчиков и мужчин до 30 лет и редко – у людей старше 40 лет.В 80% случаев заболевание начинается остро. В типичных случаях внезапно появляется острая колющая пронизывающая боль в соответствующей половине грудной клетки с иррадиацией в шею, руку, иногда в эпигастральную область. Довольно часто боль сопровождается чувством страха смерти. Боль может возникать после интенсивной физической нагрузки, при кашле, нередко боль появляется во сне. Часто причина, способствующая появлению боли, остается неизвестной. Второй характерный признак заболевания — внезапно появляющаяся одышка. Степень выраженности одышки разная, дыхание у больных учащенное, поверхностное, но чрезвычайно выраженной дыхательной недостаточности обычно не бывает или она встречается очень редко. У некоторых больных появляется сухой кашель.Иногда спонтанный пневмоторакс возникает при глубоком погружении в воду, нырянии, во время полета в самолете на большой высоте, вероятно, в силу перепадов давления, которое неравномерно передается на различные отделы легких. Основные причины симптоматического пневмоторакса- туберкулез легких.

Спонтанные пневмотораксы делятся на первичные – возникшие у человека без фоновой легочной патологии, и вторичные – возникшие на фоне заболеваний легких. По локализации: левосторонний, правосторонний. Одновременно с двух сторон СП возникает редко. По механизму образования спонтанный пневмоторакс различается в зависимости от особенностей функционирования образовавшегося дефекта листков плевры: закрытый пневмоторакс, при котором дефект в плевре закрывается в результате коллапса легкого, воспаления и образования фибринозной пленки; открытый, при котором полость плевры сообщается с легким; клапанный пневмоторакс развивается в результате образования клапанного дефекта в легком, создающего одностороннее движение воздуха из воздухоносных путей в плевральную полость. Клапанный механизм в области дефекта может быть полным и неполным. При наличии полного клапанного механизма обратное поступление воздуха из плевральной полости в бронхиальное дерево невозможно.

Диагностика спонтанного пневмоторакса заключается в рентгенологическим исследовании. При этом определяется участок просветления, лишенный легочного рисунка, расположен по периферии легочного поля и отделен от спавшегося легкого четкой границей, соответствующей изображению висцеральной плевры, смещение органов средостения в здоровую сторону и купола диафрагмы книзу. Небольшой по объему пневмоторакс выявляется в латеропозиции – на стороне пневмоторакса отмечается углубление реберно-диафрагмального синуса, уплощение контуров латеральной поверхности диафрагмы. При аускультации легких определяется отсутствие прослушивания дыхания на стороне поражения, но отсутствие дыхания определяется только при спадание легкого на 40% и более. ЭКГ: возможно отклонение электрической оси сердца вправо, увеличение амплитуды зубца Р в отведениях II, III, снижение амплитуды зубца Т в тех же отведениях.

Течение неосложненного спонтанного пневмоторакса обычно благоприятное — воздух перестает поступать в плевральную полость из спавшегося легкого, дефект в висцеральной плевре закрывается фибрином, в дальнейшем воздух постепенно рассасывается, на что уходит около 1-3 мес. У ВИЧ-инфицированных больных внутригоспитальная летальность составляет 25%, а средняя выживаемость после пневмоторакса – 3 месяца. Летальность у больных с муковисцидозом при одностороннем пневмотораксе – 4%, при двустороннем – 25%. У больных ХОБЛ при развитии пневмоторакса риск летального исхода повышается в 3,5 раза и составляет в среднем 5%.

 Врач ОСМП Магомедов Р.М.