



IMA LI OKSIGENOTERAPIJA SVOJE MJESTO U LIJEČENJU RESPIRATORNO SUFICIJENTNIH BOLESNIKA SA SPONTANIM PNEUMOTORAKSOM?

ŠKORO M.¹, Miculinić N.¹, Pavliša G.¹, Štajduhar A.¹, Popović Grle S.¹

¹ Klinika za plućne bolesti Jordanovac, ZAGREB, Croatia
Zavod za alergijske i opstruktivne bolesti pluća

Background:

Prema trenutno važećim smjernicama za liječenje spontanog pneumotoraksa, prednost se daje minimalno invazivnom liječenju kada god to veličina pneumotoraksa i bolesnikova klinička slika dopušta. Sukladno navedenom, a temeljeno na teoriji “*ispiranja*” dušika i time većeg apsorpcijskog koeficijenta za dušik između pneumotoraksa i plućnog krvotoka, oksigenoterapija bi mogla imati svoje mjesto u konzervativnome liječenju respiratorno suficijentnih bolesnika sa spontanim pneumotoraksom.

Conclusion:

Iako se, zbog većinom retrospektivnih istraživanja na malom broju bolesnika, oksigenoterapija ne uvrštava u smjernice za liječenje spontanog pneumotoraksa, terapijski učinak kisika na njegovo smanjenje mogao bi imati svoje mjesto u liječenju, a u prilog čemu govori i prikazani slučaj.



Case:

46-godišnji bolesnik M.P. upućen je iz Opće bolnice Požega u Kliniku za plućne bolesti Jordanovac zbog sekundarnog, spontanog pneumotoraksa nastalog na mjestu velike bule plućnog parenhima apikalno desno. Riječ je o višegodišnjem pušaču koji je 2020. godine ambulantno liječen zbog COVID-19 sindroma uz blagu kliničku sliku te koji je 2015. godine liječen zbog tuberkuloze pluća, a od kada su poznate i opsežne bulozne promjene plućnog parenhima. S obzirom na inicijalnu radiološku snimku koja je pokazala pneumotoraks desnog prsišta apikalno širine 22 mm, respiratornu suficijentnost na sobnome zraku te klinički dobro opće stanje, u bolesnika se, u dogovoru s torakalnim kirurzima, odluči za konzervativan pristup liječenju te je, uz mirovanje i simptomatsku terapiju, kroz 5 dana došlo do regresije pneumotoraksa s 22 na 18 mm. Također, učinjena je ostala dijagnostička obrada od čega je za izdvojiti uredne osnovne laboratorijske parametre uz urednu elektroforezu serumskih proteina, uredne vrijednosti alfa-1-antitripsina, uredan ultrazvučni nalaz srca te negativan kožni test na standardne inhalacijske alergene.

Iako bez klinički prisutnog pogoršanja osim subjektivnog osjećaja probadanja u lijevom prsištu, 7. dana boravka u Klinici u bolesnika se radiološki prati progresija desnostranog pneumotoraksa na 39 mm, a zbog ponovne spore regresije, odlučimo se za uvođenje oksigenoterapije u visokim protocima (15 L/min putem maske sa spremnikom) s ciljem što brže resorpcije pneumotoraksa, a uz kontrolu plinske analize arterijske krvi kojom se ne pokaže retencije CO₂. Kroz daljnje praćenje i opetovane rendgenografske kontrole, prati se potpuna rezolucija desnostranog pneumotoraksa, a po potpunom oporavku učinjeni su i testovi plućne funkcije kojima se verificiraju uredna spirometrija te blago snižene vrijednosti difuzijskog kapaciteta za CO metodom jednog udaha.