

– С.85.

2. Беликов В.В., Точкова Т.В. Реакция комплексобразования в анализе флавоноидов // Матер. 2-го Всесоюз. симп. по фен. соед. – Алма-Ата: Наука, 1973. – С.168-172.

3. Блинова К.Ф., Стуккей К.Л. Качественное фитохимическое исследование некоторых растений тибетской медицины Забайкалья // Вопросы фармакогнозии. – Л., 1961. – Вып. 1. – С.135-155.

4. Гаммерман А.Ф., Семичев Б.В. Словарь тибетско-латино-русских названий лекарственного растительного сырья, применяемого в тибетской медицине. – Улан-Удэ, 1963. – 180 с.

5. Государственная фармакопея СССР: Вып. 1. Общие методы анализа. – 11-е изд. – М., 1987. – 200 с.

6. Данзан-Пунцок. Шелпхренг: ксилограф на тибетском языке. – Агинск: Агинский дацан, 1763. – 233 с.

7. Дикорастущие полезные растения России / Под ред. А.Л. Буданцев, Е.Е. Лесиовская. – СПб.: Изд-во СПХФА, 2001. – 663 с.

8. Куваев В.Б., Блинова К.Ф. Предварительная химическая оценка лекарственных растений тибетской медицины, про-

израстающих в Забайкалье // Вопросы фармакогнозии. – Л., 1961. – Вып. 1. – С.213-262.

9. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – В 2-х т.: Т. 1. – 11 изд-е – М.: Медицина, 1988. – 624 с.

10. Растительные ресурсы СССР. Семейства Magnoliaceae – Limoniaceae. – Л.: Наука, 1984. – 460 с.

11. Федосеева Л.М. Фармакотехнологические исследования листьев бадана толстолистного: Автореф. дис. ... канд. фарм. наук. – Пятигорск, 1988. – 20 с.

12. Черникова З.В. Сапониносные растения Сибири и свойства их сапонинов // Новые лекарственные растения Сибири их лечебные препараты и применение. – Новосибирск, 1949. – Вып. 3. – С.41-67.

13. “Чжуд-ши” – памятник средневековой тибетской культуры / Предисл. Д.Б. Дашиева, С.М. Николаева. – Пер. с тиб. – Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1989. – 349 с.

14. Шретер А.И. Лекарственная флора Советского Дальнего Востока. – М., 1975. – 327 с.

15. Химический анализ лекарственных растений: Учебное пособие для фарм. вузов / Под ред. Н.И. Гринкевич. – М., 1983. – 176 с.

Информация об авторах: Корнопольцева Татьяна Владимировна – к.ф.н., научный сотрудник лаборатории, 670047, г.Улан-Удэ, ул. Сахьяновой, 6, ИОЭБ СО РАН, тел. (3012) 434743, e-mail: tv-kornopol@mail.ru;
Асеева Тамара Анатольевна – д.ф.н., профессор, заведующий лабораторией.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© СТАЛЬМАХОВИЧ В.Н., ДУДЕНКОВ В.В., КАЙГОРОВОДА И.Н. – 2013
УДК 616.24-007-089.818.6

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЕКВЕСТРАЦИИ ЛЕГКОГО

Виктор Николаевич Стальмахович^{1,2}, Виктор Владимирович Дуденков^{1,2}, Ирина Николаевна Кайгородова²

¹Иркутская государственная академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах;

²Иркутская государственная областная детская клиническая больница, гл. врач – д.м.н., проф. Г.В. Гвак)

Резюме. Секвестрация легкого представляет собой порок развития, характеризующийся аномальным строением легочной ткани, представляющей собой кисту или группу кист, отделенной от нормальных анатомо-физиологических связей, питающейся артериями большого круга кровообращения, отходящими от аорты. В статье описан клинический случай, представляющий сложность для диагностики.

Ключевые слова: секвестрация легкого, диагностика, операция.

OBSERVATION OF CLINICAL CASE OF PULMONARY SEQUESTRATION

V.N. Stalmahovich^{1,2}, V.V. Dudenkov^{1,2}, I.N. Kaigorodova²

(¹Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Studies; ²Irkutsk State Regional Children's Clinical Hospital, Russia)

Summary. Pulmonary sequestration is a developmental anomaly which is characterized by abnormal development of pulmonary tissue representing a cyst or group of cysts, separated from normal anatomic and physiological connections, supplied with arteries of a big circle of the circulation, deviating from an aorta. In the paper the clinical case corresponding complexity for diagnostics is described.

Key word: pulmonary sequestration, diagnostics, operation.

Секвестрация лёгкого – достаточно редкий порок развития, встречается у 0,8-2% больных с заболеваниями лёгких [2]. Первым этот порок выявил С. Rokitsansky в 1856 году [2], написавший о случае кистозно-изменённой добавочной доли, расположенной у основания нормально развитого лёгкого. Термин «секвестрация» был предложен D.M. Ргусе в 1946 году [2,3]. Многие авторы [1,2,3,4,5], описывающие этот порок развития, выделяют внутрилёгочную и внелёгочную форму лёгочной секвестрации. Внутрилёгочная секвестрация – патологически сформировавшийся участок лёгкого, не имеющий собственного плеврального листка, покрытый общей висцеральной плеврой. При внелёгочной секвестрации патологически сформировавшийся участок лёгкого имеет собственную плевру и является, по существу, доба-

вочной долей лёгкого. Наиболее частая локализация легочной секвестрации – медиально-базальные отделы нижних долей лёгких, хотя встречаются и другие варианты. Также описаны случаи внегрудной локализации секвестрированного участка лёгкого, когда он располагался в брюшной полости. Клинические проявления возникают, в основном, при инфицировании и нагноении кистозных полостей секвестрированного участка лёгкого. Клинические симптомы, во многом обусловлены наличием или отсутствием сообщения порочно развитого участка с бронхиальной системой лёгкого. При отсутствии сообщения с бронхом заболевание может длительное время протекать бессимптомно и выявляться лишь при рентгенологическом исследовании. В некоторых случаях возможно возникновение воспалительного процес-

са с клиникой деструктивной пневмонии. При сообщении секвестрированного участка лёгкого с бронхом заболевание протекает по типу бронхоэктазии. Дифференциальную диагностику следует проводить с врожденными кистами лёгкого, диафрагмальной грыжей, целомической кистой перикарда, кистами и опухолями лёгких и средостения. При секвестрации лёгкого показано только хирургическое лечение. С развитием в последние годы миниинвазивных способов коррекции данного порока, стало возможным выполнять данные оперативные вмешательства с использованием эндовидеотехнологий.

Приводим наблюдение из собственной практики. Больная Д., 11 лет, отмечала периодические боли в эпигастральной области с 1 ноября 2012 г. Обратилась в больницу по месту жительства 26.11.2012 г. с жалобами на сильные боли в животе приступообразного характера преимущественно в верхних отделах, иррадиирующие в правую подвздошную область, а также на боли в спине, в области грудно-поясничного отдела позвоночника, усиливающиеся при глубоком дыхании. С подозрением на острый аппендицит, острый мезадентит ребенок осмотрен хирургом. Острая патология со стороны органов брюшной полости исключена. При проведении обследования в биохимическом анализе крови выявлено повышение сахара крови до 7,5 ммоль/л. С диагнозом сахарный диабет направлена в ГБУЗ ИГОДКБ. В приёмном отделении у девочки сохранялся абдоминальный болевой синдром, боли носили интенсивный характер. Боли локализовались слева в задне-боковом отделе в проекции 10-12 ребер, иррадиировали в живот, в связи с чем в экстренном порядке госпитализирована в хирургическое отделение. МСКТ легких и органов брюшной полости – паравертебрально, в левой плевральной полости,

над ножкой левого купола диафрагмы визуализируется объёмное образование, овальной формы, с нечёткими контурами, размерами 4,3*1,9*2,9 см, плотностью 41-75 ед.Н до и после внутривенного усиления. Также в плевральной полости визуализируется скопление патологической жидкости (11-12 ед.Н) в виде серповидной полосы, шириной до 2 см от апикальных отделов до купола диафрагмы. Выполнена операция: левосторонняя торакоскопия. В плевральной полости выявлен серозно-геморрагический экссудат. В заднем синусе паравертебрально, примыкая к диафрагме, расположено объёмное образование размером 5,0*4,0*2,0 см, черно-фиолетового цвета. Образование на ножке, которая перекручена. Ножка опухла с питающими сосудами коагулирована, отсечена. Для коагуляции использовался электрохирургический блок «Ergo». Микроскопическая картина: гангрена легкого с геморрагическим пропитыванием. На основании макро и микроскопического исследования был выставлен диагноз – секвестрация нижней доли левого лёгкого. Послеоперационный период протекал без особенностей, больная была выписана под наблюдение педиатра, хирурга. За период наблюдения состояние больной удовлетворительное.

В данной статье хотелось бы подчеркнуть, что клиническая картина осложненной секвестрации легкого достаточно сложная для интерпретации. Современные лучевые методы обследования в дополнении с торакоскопией являются решающими для постановки правильного диагноза. В период быстро развивающихся высоких технологий возможно выполнение большинства хирургических вмешательств в торакальной хирургии детского возраста эндоскопическим способом. В настоящее время торакоскопические операции при секвестрации легких могут считаться операциями выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни органов дыхания / Под ред. Н.Р. Палева – М.: Медицина, 2000. – 554 с.
2. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. – М.: Медицина, 1978. – 552 с.
3. Путов Н.Ф., Левашов Ю.Н., Бобков А.Г. Кистозная гипоплазия легких. – Кишинев, 1980. – С.5-206.
4. Сазонов А.М., Цуман В.Г., Романов Г.А. Аномалии раз-

вития легких и их лечение. – М., 1981. – С.6-98.

5. Разумовский А.Ю., Шарипов А.М. и др. Сравнительная характеристика эндоскопического лечения внелегочной и внутрилегочной форм секвестрации легких у детей / Материалы X Российского конгресса и 2 конгресса детских врачей союзного государства «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» // Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии. – 2011. – №2. – С.86-87.

Информация об авторах: Стальмахович Виктор Николаевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой, заместитель главного врача по хирургии, 664022, Иркутск бульвар Гагарина, 4, ГБУЗ ИГОДКБ, тел. (3952) 242440, e-mail: stal.irk@mail.ru; Дуденков Виктор Владимирович – врач детский хирург, тел. (3952) 243802; Кайгородова Ирина Николаевна – к.м.н., заведующий отделением.

© РАСУЛОВ Р.И., ЗУБКОВ Р.А., ДВОРНИЧЕНКО В.В., СОНГОЛОВ Г.И., ЗАГАЙНОВ А.С. – 2013
УДК615.47:616-072.7

ПОЛНОСТЬЮ ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА: АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ

Родион Исмагилович Расулов¹, Роман Александрович Зубков², Виктория Владимировна Дворниченко^{1,2},
Геннадий Игнатьевич Сонголов², Александр Сергеевич Загайнов¹

(1Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах; 2Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра онкологии и лучевой терапии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Дворниченко)

Резюме. За период с 2004 по 2012 годы нами выполнена установка 178 порт-систем для постоянного центрального венозного доступа. Послеоперационные осложнения составили 9,5% (17 наблюдений). В ходе анализа мы пришли к выводу, что все осложнения наступили по причине нарушения технологии имплантации и ведения послеоперационного периода или нарушения технологии использования порта. Предложены мероприятия, позволяющие снизить долю осложнений в ходе установки и использования порт-систем.

Ключевые слова: системы для венозного доступа, осложнения.

TOTALLY IMPLANTABLE VENOUS ACCESS SYSTEMS. ANALYSIS OF COMPLICATIONS

R.I. Rasulov¹, R.A. Zubkov², V.V. Dvornichenko^{1,2}, G.I. Songolov², A.S. Zagainov¹
(¹Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Studies; ²Irkutsk State Medical University, Russia)

Summary. Between 2004 and 2012 years we completed implantation of 178 central venous access systems. Postoperative complications amounted to 9,5% (17 observations). Conducting the analysis we came to conclusion, that all the complications occurred by reason of violations of implant technology and postoperative management or violations of use of the port. The activities, which help to reduce the share of complications during installation and use of central venous access systems have