

современные достижения. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 152 с.

5. Васильев А.Ю., Н.С. Серова, Потрахов Н.Н. Цифровая микрофокусная рентгенография в интраоперационном контроле дентальной имплантации // Материалы 2-го Всеросс. национального конгресса по лучевой диагностике и терапии «Радиология 2008», Москва, 26-29 мая 2008 г. – С.52.

6. Серова Н.С. Методы лучевой диагностики для решения задач стоматологической имплантологии // Материалы научно-практ. конф. «Инновационные под-

ходы в лучевой диагностике». – Ереван, 2008. – С.81-82.

7. Vasiliev A.Y., Serova N.S., Ushakov A.I. Intraoperative control of dental implantation with digital microfocus radiography // 21st Annual Meeting and Refresher Course of European Society of Head and Neck Radiology (ESHNR), Geneva, Switzerland, 6-8 November 2008. – P.82.

8. Gipp I.N., Serova N.S., Vasiliev A.Y., Ushakov A.I. The capability of microfocus radiography during intraoperative stage of stomatological implantation // European Radiology / ECR 2009 Book of Abstracts/ Volume 19/ Supplement 1/ March 2009. – P.C-496.

Адрес для переписки: 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 21, ГКБ № 50, кафедра лучевой диагностики, Тел. 8-495-611-27-44, e-mail: serova79@yandex.ru, Серова Н.С. – к.м.н., доцент кафедры лучевой диагностики ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Росздрава, г. Москва

© БРЕГЕЛЬ А.И., ХАНТАКОВ А.М. – 2009

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А.И. Брегель, А.М. Хантаков

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав. – д.м.н., проф. С.Б. Пинский; МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач – Л.А. Павлюк)

Резюме. Представлены результаты лапароскопической диагностики кист брюшной полости (за исключением гинекологических) у 62 больных. Правильный диагноз до исследования заподозрен лишь у 15 (24,2%) больных. Осложненные кисты были диагностированы у 28 (45,2%) больных: у 17 (27,4%) больных диагностирован разрыв и у 11 (17,7%) – нагноение кист. Сделан вывод о высокой информативности и относительной безопасности лапароскопического метода диагностики кист брюшной полости.

Ключевые слова: кисты брюшной полости, лапароскопия, диагностика.

LAPAROSCOPIC DIAGNOSTICS OF NONPARASITIC CYSTS IN ABDOMINAL CAVITY

A.I. Bregel, A.M. Hantakov
(Irkutsk State Medical University)

Summary. The paper presents the results of laparoscopic diagnostics of cysts in abdominal cavity (with the exception of gynaecological cysts) in 56 patients. Correct diagnosis prior to laparoscopic examination was diagnosed only in 13 (23,2%) patients. Complicated cysts were diagnosed in 22 (39,3%) patients: in 15 (26,8%) patients (there has been diagnosed rupture of a cyst and in 7 (12,5%) patients – cyst purulence. We draw a conclusion about high information and relative safety of laparoscopic diagnostics of cysts in abdominal cavity.

Key words: cysts in abdominal cavity, laparoscopy, diagnostics.

Кисты органов брюшной полости (за исключением гинекологических кист) являются относительно редкой патологией, которая представляет определенные трудности диагностики, особенно в ургентной хирургии при возникновении осложнений заболевания.

Различают истинные и ложные кисты (псевдокисты). Истинные кисты выстланы эпителием или эндотелием, ложные – специальной выстилки не имеют [3]. По механизму образования различают ретенционные, рамолиционные, паразитарные, травматические, дезонтогенетические и опухолевые кисты [3].

Более детально разработана классификация кист печени.

Б.Э. Линберг [6] различал шесть групп непаразитарных кист печени: 1) истинные, 2) ложные, 3) ретенционные, 4) дермоидные, 5) околопеченочные и 6) сосудистые.

Б.В. Петровский [7] предложил классифицировать непаразитарные кисты печени по следующим признакам. 1. Поликистозная болезнь: а) с поражением только печени, б) с поражением почек и других органов. 2. Солитарные, истинные кисты печени: а) простые, б) многокамерная цистаденома печени, в) дермоидные, г) ретенционные. 3. Ложные кисты печени: а) травматические, б) воспалительные. 4. Околопеченочные кисты. 5. Кисты связок печени.

А.А. Шалимов с соавт. [11] предложил свою классификацию кист печени. 1. По строению стенки кисты: а) истинные, б) ложные. 2. По количеству кист: а) оди-

ночные, б) множественные, в) поликистоз печени. 3. По клиническому течению: а) неосложненные, б) осложненные.

По мнению Б.В. Петровского [7] истинные кисты печени возникают из зачатков желчных ходов и остатка зародышевой ткани, а также в результате нарушения процессов развития и дифференцировки, являясь своего рода врожденными аномалиями. Травматические же кисты формируются после центральных или подкапсульных разрывов печени.

Непаразитарные кисты печени обнаруживаются у 0,8-1,9% населения, и чаще всего у женщин. Кисты печени могут встречаться в любом возрасте, но наиболее часто после 40 лет [5]. Возможны серьезные осложнения кист: кровотечения в полость кисты с нагноением или разрывом, возможным развитием перитонита и озлокачиванием [7]. По данным В.А. Кубышкина и В.В. Стрижелецкого (5) эти осложнения возникают у 5% больных с непаразитарными кистами.

По секционным данным кисты печени встречаются в 0,15-2% случаев, при этом у женщин чаще в 3-5 раз [2,9,10].

Диагностика, основанная на клинических признаках с применением неинвазивных методов исследования, недостаточно достоверна. Кисты печени, как правило, длительное время протекают бессимптомно, однако по мере увеличения размеров кист могут появляться ощущения тяжести и переполнения в эпигастрии, тошнота, рвота, желтуха [10].

Истинные кисты поджелудочной железы могут возникать как результат нарушения онтогенеза. Чаще встречаются псевдокисты поджелудочной железы, которые возникают в результате перенесенного острого панкреатита или травмы железы.

В последние годы широкое распространение получили лучевые методы диагностики ряда острых заболеваний органов брюшной полости. Однако они далеко не у всех больных с осложненными кистами брюшной полости позволяют своевременно установить правильный диагноз [1,5,8]. При воспалении и, особенно при вскрытии кисты, определить истинный характер, распространенность и тяжесть процесса удается не во всех случаях.

Компьютерная томография брюшной полости дает более точные результаты, однако и она не всегда позволяет установить истинную причину развития клиники «острого живота» и в подавляющем большинстве случаев даже в крупных лечебных учреждениях отсутствует возможность круглосуточного проведения этого исследования.

С.А. Пышкин с соавт. [8] на значительном материале не наблюдали ни одного осложненного течения кист печени.

Неотложная лапароскопия, хотя и является инвазивным методом исследования, у большинства больных позволяет своевременно поставить правильный диагноз и определить хирургическую тактику.

Однако, лапароскопия с целью дифференциальной диагностики должна применяться в крайне редких случаях, когда исчерпаны возможности других, прежде всего, неинвазивных методов исследования [5].

В доступной нам литературе мы не нашли ни одной работы, посвященной лапароскопической диагностике осложненных кист органов брюшной полости. Имеющиеся единичные сообщения затрагивают лишь вопросы диагностики неосложненных кист брюшной полости [1,8].

Материалы и методы

Мы располагаем опытом лапароскопической диагностики кист брюшной полости у 62 больных за период с 1980 по 2008 годы, что составило 0,63% от 9860 лапароскопий, проведенных за это время. Возраст больных составлял от 18 до 81 года. Мужчин было 35 (56,4%), женщин – 27 (43,6%).

До 40 лет было 16 (25,8%) больных, в возрасте 40-60 лет – 27 (43,6%) и старше 60 лет – 19 (30,6%) больных.

Наиболее часто больные предъявляли жалобы на боли по всему животу – 20 (32,3%), в эпигастральной области – 16 (25,8%), в правом подреберье – 12 (19,3%) или в области пупка – 3 (4,8%), тошноту – 25 (40,3%), увеличение живота – 3 (4,8%), многократную рвоту – 4 (6,4%). У 4 (6,4%) больных жалобы отсутствовали.

Длительность клинических проявлений составляла от нескольких часов до 5 месяцев.

При направлении на лапароскопию только у 15 (24,2%) больных была заподозрена киста брюшной полости, у остальных 47 (75,8%) больных кисты явились эндоскопической находкой.

При осложненных кистах брюшной полости у больных возникала клиника «острого живота», причину которого на основании клинико-лабораторного, ультразвукового и рентгенологического обследования в анализируемой группе установить не удалось. В связи с невозможностью диагностики причины катастрофы в брюшной полости на основании неинвазивных методов исследования, лапароскопия по экстренным показаниям с предполагаемым диагнозом «острого живота» неясного генеза была выполнена у 42 (67,4%) больных.

Результаты и обсуждение

Кисты локализовались в печени у 26 (41,9%) больных (в правой доле – у 13 (21,0%), в левой – у 8 (12,9%)

и в обеих долях – у 5 (8,1%) больных), в поджелудочной железе – у 24 (38,7%) больных, в корне брыжейки тонкой кишки – у 2 (3,2%), передней брюшной стенке – у 3 (4,8%) и в забрюшинном пространстве – у 1 (1,6%) больного. У 6 (9,7%) больных обнаружены многокамерные и гигантские кисты брюшной полости, при которых было невозможно определить их первичную локализацию. При расположении кист в печени преобладали женщины: из 26 (41,9%) больных мужчин было 8, женщин – 18. В поджелудочной железе кисты чаще возникали у мужчин: 21 против 3 у женщин. Размеры кист в зависимости от их локализации представлены в таблице 1.

Таблица 1
Размеры кист брюшной полости

Локализация кист	Размер кист	
	min (см)	max (см)
Правая доля печени	0,5	10,0
Левая доля печени	0,5	более 10,0
Обе доли печени	0,5	5,0
Поджелудочная железа	0,5	20,0
Корень брыжейки тонкой кишки	5,0	6,0

При прочей локализации кист установить их размеры не удалось. Ни у одного из 62 больных нами не были обнаружены паразитарные кисты, что, вероятно, отражает низкую заболеваемость паразитарными кистами в регионе и противоречит данным некоторых авторов [2].

Осложненные кисты были диагностированы у 28 (45,2%) больных. У 17 (27,4%) больных диагностирован разрыв и 11 (17,7%) больных – нагноение кист.

Нарушение целостности кисты отмечено у 14 (22,6%) больных с локализацией кист в поджелудочной железе, у 2 (3,2%) – в левой доли печени и у одного больного был разрыв гигантской кисты брюшной полости.

Нагноение кист диагностировано при их локализации в поджелудочной железе – 4 (6,5%), левой – 3 (4,8%), правой – 3 (4,8%), долях печени и передней брюшной стенке – 1 (1,6%).

Осложнения кист поджелудочной железы возникали только у больных младше 60 лет, а кист печени – старше 50 лет.

Эндоскопические признаки кист были разнообразны. При неосложненных кистах хорошо визуализировалось округлое образование твердо-эластичной консистенции, которое часто было окружено спайками. При внутривисцеральном расположении кисту покрывала ткань печени. При кистах брыжейки и передней брюшной стенки была видна капсула кисты.

При кистах поджелудочной железы и при кистах, осложненных воспалением, лапароскопическая диагностика была более сложной. Визуализировать стенку кисты у большинства больных не удавалось. Вокруг кисты отмечался выраженный спаечный процесс. При воспалении содержимого кисты в брюшной полости появлялся прозрачный или мутный выпот, отмечалась повышенная контактная кровоточивость тканей. Часто во время лапароскопии приходилось использовать манипулятор для смещения окружающих кисту тканей.

Ошибка лапароскопической диагностики имела место у 1 (1,6%) больного.

Осложнений, связанных с проведением лапароскопии, в анализируемой группе больных не было.

Во время операции эндоскопический диагноз верифицирован у 37 (59,7%) больных. Не были оперированы 25 (40,3%) больных. Послеоперационные осложнения возникли у 4 (6,4%) больных: нагноение послеоперационной раны – у 2 (3,2%), острая дыхательная недостаточность – у 1 (1,6%), тромбоэмболия легочной артерии – у 1 (1,6%). Умерли 6 (9,7%) больных. Причиной летальных исходов явились легочно-сердечная недостаточность (2), прогрессирующая раковая и гнойная интоксикация (2), сепсис (1), почечная недостаточность (1). Возраст больного с сепсисом был 31 год, остальные больные были старше 55 лет.

Таким образом, анализ полученных результатов свидетельствует о сложности диагностики кист брюшной полости на основании только клинических данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б.И., Хабас Г.Н. Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения описторхозных кист печени // Бюллетень сибирской медицины. – 2002. – № 2. – С.66-70.
2. Блюгер А.Ф. и др. Практическая гепатология. – Рига, 1984. – С.339-341.
3. Большая медицинская энциклопедия. – Изд. 3. – М.: Медицина, 1988. – Т. 10. – С.346-347.
4. Иванов А.И., Петров В.С., Жестков К.Т. Желчнокаменная болезнь в сочетании с заболеваниями печени // Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни у больных с заболеванием органов гепатодуоденопанкреатической зоны. – Новосибирск: Наука, 2003. – С.57-58.
5. Кубышкин В.А., Стрижелецкий В.В. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении заболеваний печени // Избранные лекции по эндовидеохирургии / Под

Лапароскопия является одним из возможных высокоинформативных и относительно безопасным методом диагностики кист брюшной полости, особенно осложненных разрывом и нагноением.

- ред. В.Д. Федорова. – СПб.: Коста, 2004. – С.87-94.
6. Лимберг Б.Э. К вопросу о непаразитарных кистах поджелудочной железы, печени и почек // Нов. хир. архив – 1925. – Т. 5. – С.660.
7. Петровский Б.В. Хирургическая гепатология. – М., 1972. – 352 с.
8. Пышкин С.А., Борисов Д.Л., Ефремова Е.В. и др. Лечение непаразитарных кист печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Т. 8. № 1. – С.33-36.
9. Файн Е.Л., Финкель И.И. О непаразитарных кистах печени // Советская медицина. – 1958. – № 7. – С.118.
10. Филижанко В.Н., Шеменова Е.Г., Фомин А.М. и др. Лапароскопические вмешательства при кистах печени и селезенки // 2-й Московский Международный конгресс «Лапароскопическая хирургия». – М., 1997. – С.135.
11. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Даманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – Киев, 1993. – С.512.

Адрес для переписки: 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118, Брегелю Александру Ивановичу, заведующему эндоскопическим отделением, профессору, д.м.н.

© КАЛИНИЧЕНКО А.В., САДАХ М.В., ОЧИРОВА Т.В., АГЕЕНКО М.Б., САДОХИНА Л.А. – 2009

ПЛАСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ГРУДНОЙ СТЕНКИ И ПОЛОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ТОРАКО-ДОРЗАЛЬНЫМ МЫШЕЧНЫМ ЛОСКУТОМ

А.В. Калининченко¹, М.В. Садах³, Т.В. Очирова¹, М.Б. Агеенко¹, Л.А. Садохина²

(¹Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, директор – член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Е.Г. Григорьев; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной хирургии, зав. – член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Е.Г. Григорьев; ³Иркутская Областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин)

Резюме. Приведен клинический пример использования лоскута широчайшей мышцы спины с целью устранения дефекта грудной стенки и полости хронической эмпиемы плевры. С удовлетворительным косметическим и функциональным результатом.

Ключевые слова: дефект грудной стенки, хроническая эмпиема плевры, пластика.

PLASTY OF POSTTRAUMATIC DEFECT OF CHEST WALL AND CAVITY OF CHRONIC EMPYEMA OF PLEURA WITH TORACO-DORSAL MUSCULAR GRAFT

A.V. Kalinichenko¹, M.V. Sadakh³, T.V. Ochirova¹, M.B. Ageenko¹, L.A. Sadokhina²
(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Regional Clinical Hospital)

Summary. The clinical example of use of a graft of the broadest muscle of a back with the purpose of elimination of defect of a chest wall and a chronic empyema cavity of pleuras is presented. Satisfactory cosmetic and functional results have been demonstrated.

Key words: defect of a chest wall, chronic empyema pleuras, plastic.

Реконструктивная хирургия гнойных осложнений травмы груди с повреждением реберно-мышечного каркаса и формированием хронической эмпиемы плевры с бронхо-плевро-кожными свищами в последнее время становится все более актуальной в связи с ростом травматизма в крупных индустриальных центрах [1,2]. Приводим клиническое наблюдение.

Больной А. 6.06.2005 года оперирован в отделении неотложной хирургии Иркутской областной клинической больницы по поводу колото-резаного торакоабдоминального ранения справа с повреждением средней (4 сегмент) и нижней (7 сегмент) долей легкого, диафрагмы, 8 сегмента печени. Сделана торакотомия справа, ушивание ран средней и нижней долей легкого, диафрагмы. Затем выполнена лапаротомия, тампонирующая раны 8-го сегмента печени. Через 2 часа произведена реторакотомия, гемостаз по поводу послеоперационного массивного легочного и внутриплеврального кровотечения. На 12 сутки послеоперационного периода сформировался

печеночно-диафрагмально-легочный свищ, с откашливанием до 200 мл желчи в сутки. В связи с чем 21.07.2005 выполнена реторакотомия, пневмолиз, ушивание легкого, ушивание диафрагмы, устранение желчного свища, дренирование плевральной полости. В послеоперационном периоде поступление воздуха по дренажу из плевральной полости, легкое коллабировано. Выполнена фибробронхоскопия с окклюзией среднедолевого бронха пенополиуретаном. Бронхоплевральное сообщение прекращено, но полной резекпансии легкого добиться не удалось. Сформировалась ограниченная эмпиема плевры, в связи с чем 30.08.2005 сделана проекционная поднадкостничная резекция передних отростков 4-5 ребер с формированием плевростомы размерами 10х10см и тампонирующая легочно-плевральной полости с мазью «Левомеколь». Выписан для продолжения лечения в поликлинике по месту жительства.

12.01.2009 госпитализирован в отделение гнойной хирургии НЦ РВХ СО РАМН для оперативного лече-