

– с последующим полным выздоровлением. В группе онкологических больных в 10 наблюдениях выполнены радикальные операции по удалению злокачественных опухолей гепатодуоденальной зоны. В остальных случаях декомпрессия желчевыводящих путей приводила к стабилизации состояния пациента, снижению интоксикации, улучшению общего самочувствия.

Из имевшихся осложнений – всего 26 больных (11,9%) – в интра- и ближайшем послеоперационном периоде отметим следующие: гемобилия (15 случаев), подтекание желчи в брюшную полость (6), пневмоторакс (2), формирование внутрипеченочных абсцессов (3). Умер один больной (2004 г.) с опухолью в воротах печени и сопутствующим хроническим панкреатитом. У него развился панкреонекроз после наружно-внутреннего дренирования желчных путей, консервативная терапия оказалась неэффективной.

Коррекция осложнений проводилась путем мини-инвазивных вмешательств – ликвидация жидкостных образований и дополнительное дренирование под ультразвуковым контролем.

В отдаленном послеоперационном периоде в 10 случаях выявлена дислокация дренажа (выполнена коррекция под рентгеновским контролем), у трех больных потребовалось дополнительное эндобилиарное дренирование.

Наши наблюдения приводят к следующим выводам. В хирургии желчных протоков чрескожные эндобилиарные вмешательства при строгом учете показаний и противопоказаний, а также тщательно разработанной тактике применения в зависимости от генеза заболевания и характеристик блоков желчеотведения являются малоинвазивным и высокоэффективным методом лечения. Он должен обязательно учитываться в планировании рационального алгоритма лечения больных с тяжелой патологией гепатодуоденальной зоны, сопровождающейся гипертензией желчевыводящих путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Веховский В.С. Эндобиллиарные вмешательства в лечении механической желтухи. – СПб., 1997.
2. Коков Л.С., Капранов С.А., Долгушин Б.И. Сосудистое и внутриорганный стентирование. – М., 2003.

ВРОЖДЕННЫЕ СОЛИТАРНЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ

*М.А. Сидоров, В.С. Мазурин, А.А. Харькин, А.С. Аллахвердян, М.И. Прищепо
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Врожденные солитарные кисты легких – редкая патология бронхолегочной системы. По данным литературы, удельный вес этого заболевания среди других врожденных болезней легких составляет 6-25% [7].

По данным современной классификации [6], врожденные кисты легких делятся на бронхогенные (БГК) и бронхиальные (БАК). Бронхогенные кисты формируются в процессе неогенеза эмбрионального развития, поэтому они всегда заполненные и не сообщающиеся с легочной паренхимой. Бронхиальные кисты формируются на стадии органогенеза, поэтому имеют сообщение с легочной паренхимой и всегда воздушные. Такое разделение неслучайно, оно вызвано наличием различных механизмов патогенеза. Однако, по нашему мнению, четкое отнесение к бронхогенным кистам всех заполненных и к бронхиальным – всех воздушных кист является не сов-

сем верным, так как бронхогенные кисты, изначально не связанные с бронхами, могут при прорыве в бронхиальное дерево быть воздушными, а бронхиальные кисты в процессе своего дальнейшего развития под влиянием ряда патологических процессов могут стать вновь изолированными от бронхов и заполняться. Поэтому такую формулировку можно применять лишь по отношению к неосложненным кистам.

Патогенез врожденных солитарных кист легких хорошо изучен. В начале 4-й недели эмбрионального развития в вентральном отделе передней кишки происходит желобоватое выбухание. Развиваясь в каудовентральном направлении, это выбухание формирует легочный зачаток – легочную почку, и по мере накопления клеточного материала происходит своеобразный «взрыв» почки, который приводит к образованию двух (правой и левой) бронхиальных почек с дальнейшим формированием долевых, сегментарных почек и т.д. К 6-й неделе появляются зачатки сегментарных бронхов. К этому времени уже определяется большинство крупных бронхов. Бронхи, врастающие в мезенхиму, окружающую эпителиальную трубку передней кишки, продолжают дихотомически делиться, образуя на своих концах шаровидные расширения, от которых исходит ветвление бронхов все меньшего калибра [7].

Бронхогенные кисты формируются в процессе неогенеза, когда у зародыша образуются кишечная и дыхательная трубки. В процессе «взрыва» бронхиальной почки иногда создаются своеобразные клеточные «брызги» – отщепившиеся клеточные фрагменты. Большая их часть подвергается аутолизу и абсорбции, но некоторые, развиваясь изолированно, формируют структуры, соответствующие данному этапу дифференциации легочной почки. Отщепившиеся группы клеток могут оставаться в клетчатке или при смещении в каудальном направлении перемещаться в разные отделы груди (средостение, легочную ткань), в брюшную полость и забрюшинную клетчатку. Процесс увеличения кист в размерах происходит после рождения и продолжается многие годы вплоть до их клинического проявления или случайного обнаружения [6].

Причиной возникновения бронхиальных кист легких является эмбриональное нарушение развития бронхов в виде их закупорки и отшнурования на стадии позднего органогенеза. Кисты в антенатальном периоде могут не развиваться, но выявлены предпосылки для развития кист после рождения ребенка [4]:

- гипогенезия части доли, доли, всего легкого;
- аномалии развития сосудов легкого;
- воспаление, частичный долевой ателектаз или ателектаз всего легкого;
- нарушение местной иннервации;
- нарушение центрального механизма, регулирующего развитие и функцию системы органов дыхания человека.

Кисты образуются вследствие выпадения «промежуточных генераций» бронхиального дерева [3]. В результате этого бронхиолы берут свое начало прямо из крупных бронхов. И хотя имеется отхождение мелких бронхиальных веточек от бронхиальных кист, но нельзя сказать, имеется ли между кистой и мелкими ветвями пропуск каких-либо генераций. Наряду с разветвлением уродливо развивающихся бронхиальных почек может происходить их слияние, в результате чего образуются крупные кисты, дренируемые двумя или более бронхами [7].

Различия в морфологической структуре стенки кисты и ее эпителиальной выстилке теснейшим образом связаны с уровнем бронхиального дерева, в котором сформировался этот порок. Кисты, связанные с бронхами проксимальных генераций, имеют эпителиальную выстилку верхних отделов трахеобронхиального дерева, а связанные с бронхом терминальных генераций – слизистую оболочку, представленную кубическим или уплощенным эпителием.

В хирургическом торакальном отделении МОНИКИ в период с 1980 по 2006 г. обследовались и лечились 93 больных (56 мужчин и 37 женщин) с врожденными солитарными кистами легких. Было проведено клинко-рентгенологическое обследование с морфологическим исследованием удаленных препаратов. Средний возраст больных составил 40,6 лет. Бронхогенные кисты выявлены у 19 пациентов (20,4%), бронхиальные – у 74 (79,6%).

Локализация врожденных солитарных кист легких представлена в табл. 1. Наиболее частая локализация кист отмечалась в правом легком – в 60 наблюдениях, в левом – в 33. У 46 пациентов кисты локализовались в нижних долях легких. Сравнительный анализ локализации солитарных кист легких показал, что бронхогенные кисты (БГК) наиболее часто локализовались в нижней доле левого легкого (36,9%), бронхиальные (БАК) – в верхней доле правого легкого (29,7%), преимущественно в периферических отделах легочной паренхимы.

Таблица 1

Локализация врожденных солитарных кист легких

Локализация	Правое легкое		Левое легкое		Всего
	БАК	БГК	БАК	БГК	
Верхняя доля	22 (29,7%)	2 (10,5%)	10 (13,5%)	2 (10,5%)	36 (38,7%)
Средняя доля	8 (10,8%)	3 (15,8%)	-	-	11 (11,8%)
Нижняя доля	20 (27,1%)	5 (26,3%)	14 (18,9%)	7 (36,9%)	46 (49,5%)
Всего	60 (64,5%)		33 (35,5%)		93 (100%)

У 19 пациентов (20,4%) врожденные кисты легких явились случайной находкой при профилактическом рентгенологическом исследовании, причем большую часть – 14 пациентов (73,6%) – составили больные с бронхогенными кистами. Осложненное течение БГК в виде нагноения в полости кисты, наблюдалось у 6 пациентов (31,6%).

Бронхиальные кисты в большинстве наблюдений сопровождаются наличием осложненного течения, которое наблюдалось у 68 больных (93,1%). Среди осложнений клинического течения бронхогенных кист были: нагноение – у 43 больных (58,1%), причем у 7 из них (9,46%) процесс сопровождался разрывом кисты с развитием эмпиемы плевры; кровохарканье – у 6 (8,1%); спонтанный пневмоторакс – у 19 (25,7%); «напряженная» бронхиальная киста – у 4 больных (5,5%).

Малигнизация врожденных солитарных кист легких встречается крайне редко. С 1951 г. в отечественной и зарубежной литературе мы встретили описание 16 случаев развития рака и одно наблюдение развития саркомы во врожденной солитарной кисте легкого [2, 4, 5, 8, 9, 10]. В наших наблюдениях развитие аденокарциномы в стенке бронхиальной кисты отмечено у одного больного с бронхиальной кистой. У одного больного обнаружено развитие папиллярной бронхиальной кисты с сосочковыми разрастаниями эпителия. В одном наблюдении в окружающей бронхиальную кисту легочной ткани развился бронхогенный рак, возможно как следствие длительного рецидивирующего воспалительного процесса, однако мы не рассматриваем данное наблюдение как внутрикистозную малигнизацию. У больных с бронхогенными кистами легких процессов малигнизации в эпителии кист не наблюдалось.

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что нагноение врожденных солитарных кист легких встречается в 16-48,4%, кровохарканье – в 1,8-35,5%, спонтанный пневмоторакс – в 4-18%; напряжение – в 3,2-55% наблюдений [6, 7].

Основным методом диагностики врожденных солитарных кист легких является обзорная рентгенография и рентгенотомография легких. Рентгенологическая кар-

тина разнообразна и зависит от варианта клинического течения заболевания. На обзорных рентгенограммах неосложненная бронхиальная киста чаще всего выглядит в виде кольцевидной тени, а бронхогенная киста – в виде шаровидного образования с ровными и четкими контурами без перифокальной реакции. При инфицировании бронхиальной кисты наблюдается появление уровня жидкости, тогда как при инфицировании бронхогенной кисты определяется резкое увеличение размеров образования. При длительно текущем рецидивирующем воспалении в бронхиальной кисте просвет дренирующей кисту бронха может закрываться с последующим тотальным заполнением полости кисты и вновь открываться при стихании воспаления, что наблюдалось у двух наших пациентов. В 18% наблюдений диагноз кисты не был поставлен, а рентгенологическая картина расценивалась как «деструктивная пневмония, ограниченный пневмоторакс, образование легкого», причем наибольшее количество ошибочных заключений (26,3%) выявлено при наличии бронхогенной кисты.

У 18 больных для уточнения характера патологического процесса, его распространенности и наличия вторичных изменений бронхиального дерева выполнена бронхография. Заполнение полости кисты контрастным веществом обнаружено у двух пациентов. У остальных 16 больных контраст в полость кисты не поступал, но заполнял огибающие кисту бронхи. В трех наблюдениях выявлены признаки бронхоэктазов, а в 4 – признаки грубого деформирующего бронхита, что повлияло на расширение объема оперативного вмешательства.

В настоящее время ведущее диагностическое значение имеет рентгеновская компьютерная томография (РКТ), которая была выполнена 14 больным. Она позволила уточнить локализацию кист, величину и состояние стенок, характер кистозной полости, наличие сопутствующей патологии и дополнительные данные о наличии осложненного течения заболевания. Так, при наличии бронхиальной кисты, осложненной кровохарканьем, наблюдался мягкотканый компонент в полости кисты, смещавшийся при полипозиционном исследовании, а при малигнизированной кисте РКТ позволила оценить распространенность бластоматозного процесса. Лишь в одном наблюдении рентгеновская картина трактовалась как «деструктивная пневмония с наличием полостей распада» при многокамерной нагноившейся бронхиальной кисте с выраженными фиброзными изменениями в окружающей легочной ткани у пациента с длительным анамнезом заболевания.

Рентгенокомпьютерная томография является высокоинформативным методом диагностики врожденных солитарных кист легких. В сочетании с денситометрической оценкой содержимого полости бронхиальной кисты она позволяет четко поставить диагноз и отказаться от применения инвазивных методов с целью верификации диагноза. Выбор показаний к хирургическому лечению основывается на наличии осложненного течения заболевания и отрицательной рентгенологической динамики в процессе динамического наблюдения. Объем оперативных вмешательств представлен в табл. 2, из которой видно, что наибольшее число операций при бронхиальных кистах приходится на долю экономных резекций (55,4%). Большое количество выполненных лобэктомий (68,4%) объясняется, как правило, внутрилегочной и прикорневой локализацией этих кист. Пациенту с малигнизированной бронхиальной кистой была выполнена расширенная лобэктомия.

Из 19 больных с бронхиальными кистами, осложненными спонтанным пневмотораксом, у 11 атипичную резекцию или цистэктомию дополняли париетальной лестничной плеврэктомией. У одного из этих больных ближайший послеоперационный период осложнился кровотечением из области плеврэктомии, что потребовало экстренной реторактомии. При бронхиальных кистах, осложненных спонтанным

пневмотораксом, считаем нецелесообразным выполнение плеврэктомии по патогенетическим соображениям.

Таблица 2

Выполненные оперативные вмешательства при врожденных солитарных кистах легких

Операции	БАК		БГК		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Атипичные резекции, цистэктомии	41	55,4	6	31,6	47	50,5
Лобэктомия	29	39,2	13	68,4	42	45,2
Комбинированные резекции	2	2,7	-	-	2	2,15
Пневмонэктомия	2	2,7	-	-	2	2,15
Всего	74	100	19	100	93	100

Видеоассистированные операции выполнены шести больным с врожденными солитарными кистами легких: видеоассистированная атипичная резекция легкого была выполнена трем больным с нагноившимися бронхиальными кистами, одному больному с нагноившейся бронхогенной кистой и одному пациенту со спонтанным пневмотораксом, вызванным разрывом бронхиальной кистой (плеврэктомия не выполнялась в связи с отсутствием у пациента признаков эмфиземы легких по данным РКТ и ФВД). Одной пациентке была выполнена видеоассистированная резекция нагноившейся кисты, мукоклазия, ушивание культи кисты кисетными швами.

Гистологические исследования удаленных кист показало, что стенка кисты в большинстве случаев содержала неправильно расположенные элементы бронха (хрящевые пластинки, гладкомышечные волокна, слизистые железы). Иногда киста была представлена только фиброзной тканью. Внутренняя стенка кисты была выстлана цилиндрическим, кубическим или многорядным эпителием. Обращал на себя внимание тот факт, что в ряде случаев при нагноившихся бронхиальных кистах выстилка на большем протяжении отсутствовала, что объясняется гибелью части эпителиальных клеток при длительно текущем воспалении в стенке кисты. На такую особенность указывают Е.К. Есипова и А.Л. Владимирцева [3].

Таблица 3

Частота и характер послеоперационных осложнений у больных с врожденными солитарными кистами легких

Виды операций	Без осложнений (n=19)		Осложнения						Всего	
			нагноение (n=49)				спонтанный пневмоторакс (n=19)			
	Г	ОП	Г	ОП	Э	П	Г	П	абс.	%
Атипичные резекции, цистэктомии	-	-	-	1	-	2	1	1	5	5,4
Лобэктомии	1	1	1	2	2	1	-	-	8	8,65
Комбинированные резекции	-	-	-	-	1	1	-	-	2	2,15
Пневмонэктомия	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1,1
Всего	2 (2,15%)		12 (12,9%)				2 (2,15%)		16	17,2

Примечание: Г – гемоторакс, ОП – осумкованный плеврит; Э – эмпиема плевры; П – пневмония.

Данные литературы о послеоперационных осложнениях и летальности очень противоречивы (1,6-20,2% и 0-12% соответственно) [1, 6, 7]. В наших наблюдениях послеоперационные осложнения были у 16 больных, что составляет 17,2% (табл. 3): осумкованная эмпиема плевры – у 3, гемоторакс – у 3 больных, осумкованный плеврит – у 5; пневмония – у 5. Большинство осложнений (12,9%) пришлось на операции (преимущественно лобэктомии), выполненные по поводу нагноения кист. Умер один пациент вследствие развившейся на вторые сутки после операции тромбоэмболии легочной артерии (летальность составила 1,1%).

Таким образом, среди врожденных солитарных кист легких в 79,6% наблюдений выявляются бронхиальные кисты легких. Осложненное клиническое течение бронхиальных кист легких наблюдалось в 93,1%, большинство из них связано с развитием воспалительных и нагноительных процессов в полости кисты. Бронхогенные кисты легких осложнялись воспалительными процессами в 31,6% наблюдений, развитием внутрикистозного рака в бронхиальных кистах – в 1,35%. Ведущее место в диагностике врожденных солитарных кист легких занимает РКТ легких, которая позволяет определить локализацию и структуру кистозной полости, особенно при бронхогенных кистах. Хирургическое лечение – единственный радикальный метод лечения врожденных солитарных кист легких – как осложненных, так и неосложненных. Приоритетными являются видеоассистированные органосохраняющие вмешательства. Длительное наблюдение может привести, в первую очередь, к нагноению кисты с последующим вовлечением в патологический процесс окружающей легочной ткани, что вынуждает хирурга расширять объем операции и увеличивает риск развития послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахидов В.В., Исламбеков Э.С., Исмаилов Д.А., Чернов Д.Г. // Груд. и сердечно-сосуд. хир. – 1994. – №5. – С. 57-62.
2. Викулин П.Н. // Сборник материалов научно-практической конференции врачей Восточно-Сибирской железной дороги. – Красноярск, 1970. – С. 61-64.
3. Есипова И.К., Владимирцева А.Л. // Арх. пат. – 1996. – №3. – С. 49-53.
4. Зворыкин И.А. Кисты и кистоподобные образования легких. – Л., 1959.
5. Келлер Ю.М., Зайцев А.Н. // Вопр. онкол. – 1995. – №1. – С. 91-93.
6. Коренев А.Е. Солитарные бронхиальные кисты легких (клиника, диагностика, лечение) / Автореф дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
7. Королев Б.А., Шахов Б.Е., Павлушин А.В. // Аномалии и пороки развития легких. – Н.Новгород, 2000. – С. 300.
8. Aktogu S., Yuncu G. // Eur. Respir. J. – 1996, No. 9. – P. 2017-2021.
9. Endo C., Imai T., Nakagawa H. // Ann. Thorac. Surg. – 2000 – V. 69, No. 3. – P. 933-935.
10. Perrot M., Pache J. // Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2001. – V. 49, No. 3. – P. 184-185.

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А.И. Станулис, Т.И. Гришина, Д.А. Сафронов, П.Н. Томашев
МГМСУ

Спаечная болезнь брюшины – сложное полиэтиологическое заболевание, возникающее, как правило, вследствие хирургического вмешательства на органах брюшной полости и отличающееся многоликостью клинических проявлений.

Страшным бичом полостной хирургии называл Рене Лариш осложнения спаечной этиологии. К сожалению, в наше время этот постулат приобретает все большее