

3. Все пациенты были выписаны с выздоровлением, послеоперационные осложнения наблюдались в 1 (2,5%) случае.

4. Выбор того или иного оперативного вмешательства никак не влияет на проведенное пациентом время в стационаре.

Литература:

1. Брискин Б.С. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста / Б.С. Брискин, М.Д. Дибров // Анналы хирургической гепатологии, 2008. – № 13(2), – С.1519.

2. Зубрицкий В.Ф. Хирургическое лечение больных холестазами, вызванным доброкачественными заболеваниями большого дуоденального сосочка / В.Ф. Зубрицкий Ю.В. Стручков // Военно-медицинский журнал, 2007. – №10. –С.54-55.

УДК 616.007.053.1:616.24.089.85:616.27.089 -053.2

Н.В. Ганиева, Н.А.Цап
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ
ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ.

Кафедра детской хирургии
Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Российская Федерация

N.V. Ganieva, N.A.Tsap
RESULTS OF SURGICAL TREATMENT CYSTS LUNGS AND
MEDIASTINUM IN CHILDREN.

Department of Pediatric Surgery
Ural State Medical University,
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: ganievanadegda@mail.ru

Аннотация. Ретроспективно проведена оценка историй болезни пациентов, находившихся в хирургическом стационаре, отделения торакальной хирургии ОДКБ №1 по поводу оперативного лечения кистозных образований легких и средостения, с оценкой вероятных тератогенных факторов на плод в антенатальном периоде, оценкой клинической картины, диагностических исследований, оперативной тактики лечения, а также развития послеоперационных осложнений за временной период 5 лет.

Annotation. Retrospectively evaluated records of patients who are in a surgical hospital, Department of Thoracic Surgery of the CSTO №1 about the surgical treatment of cysts of the lungs and mediastinum, with an estimate of possible

teratogenic factors on the fetus in the antenatal period, assessment of clinical presentation, diagnostic tests, operative treatment strategies, as well as the development of postoperative complications for the time period of 5 years.

Ключевые слова: диагностика, хирургическое лечение, кистозные образования легких и средостения, дети

Keywords: diagnosis, surgical treatment, cysts of the lungs and mediastinum, children

Введение

Кистозные поражения легких представляют из себя разнородную группу заболеваний, различных по происхождению и морфологическому строению, характеризующиеся формированием в легком одной или нескольких, чаще тонкостенных полостей, выстланных внутри эпителием или фиброзной тканью, частично или полностью заполненных жидким содержимым или воздухом [1, 2, 3]. Врожденные кисты легких и средостения у детей встречаются сравнительно редко, составляя от 3,5 до 5,5% от общего числа больных с различными неспецифическими заболеваниями легких [1, 2].

Аномалии развития легких и бронхов возникают вследствие нарушения эмбриогенеза в результате действия различных тератогенных факторов на плод. Врожденные пороки легких и бронхов являются результатом отклонений в развитии на всех стадиях формирования органа: 1) между 3-й и 6-й неделями эмбрионального развития, когда на первичной кишке появляется дивертикул трахеи. 2) между 6-й и 16-й неделями, когда происходит быстрое деление бронхов. 3) после 16-й недели когда активно формируется альвеолярный аппарат [3]. При расстройствах в ранних стадиях эмбриогенеза чаще образуются крупные одиночные кисты, в поздних — множественные, мелкие («поликистозное легкое»). Формированию кисты способствует неправильный рост порочно развитых бронхиальных зачатков с механическим растяжением их скапливающейся слизью [1].

У детей врожденные кисты легких и средостения длительное время протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно при профилактическом рентгенологическом обследовании в 15% случаев [1,2]. Правосторонняя локализация кист легких и средостения наблюдается чаще [3].

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения кистозных образований легких и средостения.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ историй болезни 21 ребенка, оперированных в торакальном отделении ОДКБ №1 по поводу кистозных образований легких и средостения. Изучены вероятные тератогенные факторы на плод в антенатальном периоде, особенности клинической картины, диагностических исследований, оперативной тактики лечения, а также развития послеоперационных осложнений за 5-летний период (2011 - 2015 гг.).

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст исследуемой группы пациентов составил - 5,7 лет (от 8 месяцев жизни до 16 лет). По половому признаку: 83% - мальчики, 17% - девочки. При оценке вероятных тератогенных факторов на плод в антенатальном периоде были выявлены следующие сопутствующие патологии у матерей: гестоз – 20%, ОРВИ – 18%, анемия – 10%, токсикоз – 10%, внутриматочная инфекция – 5%, хронический пиелонефрит – 5%, хроническая фетоплацентарная недостаточность – 3%, миопия – 3%, перенесенная острая пневмония во время беременности - 3% , лишь в 24% случаев беременность протекала без патологии.

При оценке жалоб доминирующее значение принадлежит боли в грудной клетке, преимущественно давящего характера, усиливающаяся в покое, при физической нагрузке, а также при глубоком вдохе – 16%, также необходимо учитывать отсутствие жалоб у 17% детей.

Все активные жалобы имели сочетанный характер и сопровождалась соответствующей клинической картиной выявленной при объективном обследовании пациентов (рис.1)



Рис. 1. Особенности клинической картины у детей с кистозными образованиями легких и средостения.

В соответствии с клинической классификацией кистозных образований легких и средостения у детей были выявлены следующие:

1. Врожденные (истинные) – 52% (11 детей), из них: бронхогенные – 32% (7), альвеолярные 10% (2), поликистоз легкого 10% (2).

2. Приобретенные (ложные) – 48% (10), из них: постпневмонические кисты легких – 10% (2), паразитарные (эхинококковой этиологии) – 29% (6), неизвестной этиологии – 10% (2).

3. По количеству полостей: солитарные (одиночные) кисты – 86% (18), множественные – 14% (3): односторонние – 10% (2), двухсторонние – 5% (1).

4. По наличию сообщения с бронхом: сообщающиеся (открытые) – 5% (1), не сообщающиеся (закрытые) – 95% (20).

5. По наличию содержимого: воздушные – 43% (9), заполненные – 57% (11), из них: тканым компонентом – 14% (3), жидкостным компонентом – 38% (8).

6. По течению: неосложненные – 95% (20), осложненные (пневмоторакс) – 5% (1).

Этап установления полного достоверного своевременного диагноза наличия у ребенка кистозных образований легких и средостения был многокомпонентен: антенатальный УЗ-скрининг плода (30-34 неделя беременности) – 38%, флюорография у детей старшей возрастной группы – 14%, рентгенографии легких в передней и боковой проекциях – 43%, КТ органов грудной клетки – 98%, МРТ – 2%. Размер кистозных образований легких и средостения варьировал от 1,6 – 11,3 см в диаметре.

На ранних сроках развития признаками кист легких при антенатальной УЗ-диагностике является повышение эхогенности, увеличение в объеме участка легочной ткани. В более поздних сроках гестации плода удается визуализировать кистозное образование, определить его размеры и содержимое. Кисты в паренхиме легких имеют вид анэхогенного образования с тонкими ровными внутренними стенками или утолщенным неровным контуром. При цветном картировании потока выявляется огибающий тип кровотока.

По данным рентгенографии легких отмечается наличие затемнения с четким контуром, повышение прозрачности легочной ткани, уровень жидкостного содержимого (при его наличии), а также смещение средостения в противоположную сторону при наличии кист больших размеров и внутригрудном напряжении [3].

При использовании КТ- и МРТ- диагностики были уточнены топографо-анатомические взаимоотношения органов, локализация (табл.1), содержимое и размеры кист, наличие компрессии органов, что и определяло решение вопроса о срочности оперативного вмешательства для конкретного пациента.

Таблица

Локализация кистозных образований легких и средостения
в исследуемой группе детей

Правое легкое		Левое легкое		Средостение	
Все легкое	9% (1)	Верхняя доля	17% (3)	Заднее	17% (1)
Верхняя доля	9% (1)	Междолевая щель	42% (5)	Центральное	50% (3)
Средняя доля	27% (3)	Нижняя доля	8% (1)	Передне-верхнее	17% (1)
Нижняя доля	37% (4)	III сегмент	8% (1)	Задне-верхнее	16% (1)

VI сегмент	18% (2)	VI сегмент	17% (2)		
Кистозные образования легких составили – 71%, с преобладанием правосторонней локализации, преимущественно нижней доли.				Кистозные образования средостения составили – 29%, с преобладанием локализации в центральном средостении.	

При анализе данных специальных методик исследований установлено – кисты легких и средостения при значительных размерах и локализацией в непосредственной близости к органам средостения, корню легкого приводят к компрессии следующих анатомических образований: главного бронха – 15%, аорты – 11%, правой легочной артерии – 7%, нижней полой вены – 4%, верхней полой вены – 4%, пищевода – 4%, верхней стенки левого предсердия – 4%, трахеи – 3%. Смещение средостения в противоположную сторону отмечалось у 14% пациентов по данным результатов КТ.

Необходимо учитывать особенности лабораторной диагностики, так как у 52% детей с кистами легких и средостения выявляются нормальные показатели. Посев на микрофлору жидкостного содержимого и оболочек кист стерил в 100% случаев. По данным специфической диагностики на антитела к эхинококку (реакция Касони) – отрицательный результат у 100% пациентов.

В ходе оперативной тактики отмечалась следующая тенденция индивидуального подхода к каждому пациенту с учетом этиологической особенности кистозных образований и их локализации: производился торакотомический доступ в 5-6 межреберье, определялось образование с оценкой его размеров, локализации в грудной полости, морфологической картины, компрессии ближайших органов, спаечного процесса, а также наличия плеврального выпота. Вскрывалась висцеральная плевро над образованием, выделялась боковая стенка кисты. Далее киста пунктировалась с взятием содержимого на цитологический анализ и посев на микрофлору, острым путем иссекались оболочки образования, при невозможности иссечения – проводилось склерозирование внутренней оболочки кисты 70⁰ спиртом (при кистах средостения), с максимально-возможной фенестрацией оболочки кистозного образования электрокоагуляцией. Обработка аргонной плазмой ложа кисты с целью сохранения ткани легкого, дренирование плевральной полости. Ушивание раны.

Особенностью эхинококковой кисты является характерная морфологическая картина ее оболочки – с белесоватым оттенком, а также наличие в фиброзной полости тела эхинококка. Эхинококкэктомия выполнялась с соблюдением принципов абластичности и предупреждения распространения сколексов.

Оперативные вмешательства при поликистозных образованиях легких завершились в 10% (2 ребенка) лобэктомией, в 5% (1) пульмонэктомией.

Послеоперационный период протекал без осложнений в 100% случаев.

Выводы:

1. Дети с кистозными образованиями легких и средостения имеют тенденцию к частым рецидивам заболеваний респираторного тракта: ОРВИ, бронхиты, фарингиты, острые пневмонии.
2. Среди сопутствующей патологии врожденной этиологии были выявлены: медиастенальная грыжа, дефект межжелудочковой перегородки сердца, киста почки.
3. Специфическая диагностика на антитела к эхинококку (реакция Касони) – отрицательный результат которой выявлен у 100% пациентов диагностически малоинформативна.
4. Ультразвуковые признаки кистозных образований легких и средостения возможно определить антенатально уже с 17-ой недели гестации плода.
5. У детей с локализацией кистозных образований вблизи к органам средостения, корню легкого, а также при смещении средостения в противоположную сторону и увеличении объема легкого сопровождается клинической картиной дыхательной недостаточности.
6. При диагностике кистозных образований у детей и плодов необходим комплексный подход, а также врачебное наблюдение за врожденной патологией легких в перинатальном периоде.

Литература:

1. Разумовский А.Ю. Оценка эффективности различных методов диагностики острых гнойно-воспалительных заболеваний легких и плевры у детей / Педиатрия.– 2015.– №1.– С.57–59.
2. Разумовский А.Ю. Торакоскопические операции при солидных образованиях грудной полости у детей // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - 2012. - № 3. - С. 11-17
3. Разумовский А.Ю. Сравнительная характеристика отдаленных результатов миниинвазивных и традиционных методов лечения при врожденных и приобретенных заболеваниях легких у детей // Анналы хирургии. - 2012. - № 5. - С. 26-31.

УДК 616

И.И. Гордиенко, Н.А. Цап

Артроскопия при травмах коленного сустава у детей

Кафедра детской хирургии

Уральский государственный медицинский университет,

Екатеринбург, Российская Федерация

I.I. Gordienko, N. A. Tsap

Arthroscopy at the knee injuries in children

Department of pediatric surgery