

© V.A.Vlasova, A.S.Nagayev, 2007

В.А.Власова, А.С.Нагаев ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ЛЕГКОГО ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
ГОУ ВПО «ПГМА им. Академика Е.А. Вагнера Росздрава», г. Пермь, Россия

АБСТРАКТ

Проведены клинический анализ 424 больных неспецифическим спонтанным пневмотораксом и гистологический анализ материала резецированных участков легких. Проанализированы различные варианты коррекции спонтанного пневмоторакса в зависимости от типа выявленных при видеоторакоскопии изменений. Представлены результаты морфологического исследования резецированных буллезно-измененных участков легких 97 больных спонтанным пневмотораксом. Сделано заключение о решающем значении в формировании буллезной эмфиземы легких патологических изменений бронхиол и артерий.

Ключевые слова:

спонтанный пневмоторакс, видеоторакоскопия, гистологическое исследование.

Неспецифический спонтанный пневмоторакс (НСП) остается одним из распространенных заболеваний в ургентной патологии органов грудной полости. 66% больных – пациенты молодого возраста. Количество рецидивов спонтанного пневмоторакса (СП) при различных способах лечения составляет 26,4-50,3%. Основная причина возникновения СП – буллезная эмфизема легких (БЭЛ). Прогрессирование проявлений БЭЛ по клиническим данным отмечается в пожилом возрасте. Поэтому изучение причин формирования БЭЛ, способствующих развитию СП и его рецидивов у пациентов в молодом возрасте представляется актуальным.

Цель – изучить причины формирования БЭЛ, способствующие развитию СП и его рецидивов.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 424 больных НСП, поступивших в торакальное отделение ГКБ №4 в период с 1997 по 2006 гг. Из них выделена группа пациентов – 97 (22,8%), которым была выполнена атипичная резекция буллезного легкого (АРЛ) эндоскопическим или открытым доступом. Также проведен анализ гистологического материала резецированных участков легких пациентов данной группы.

Результаты. 97 пациентам до АРЛ было выполнено 189 торакоскопий и применено 322 лечебных манипуляций по 8 методикам, и тем ни менее в различные сроки возникла необходимость герметизации легкого путем атипичной резекции. Наиболее часто для герметизации легкого использовали методики диатермокоагуляции 17,6% и наложение петли Редера 19,6%. Из вмешательств на парietальной плевре наиболее часто использовали субтотальную плеврэктомию, почти во всех случаях при АРЛ. Манипуляции выполняли с учетом выраженности БЭЛ. Если при торакокопии обнаруживали дефект стенки буллы 1 или 2 типов, использовали для герметизации легкого диатермокоагуляцию или коагуляцию химическим веществом. У пациентов с 3 или 4 типами БЭЛ выполняли герметизацию легкого петлей Редера, ушиванием дефекта, аппаратной резекцией легкого. В ряде случаев при герметизации сочетали методы коагуляции дефекта буллы легкого с его ушиванием, лигиро-

ванием и атипичной резекцией легкого. При первом эпизоде пневмоторакса, когда выявляли буллы 1-2 типа, операцию производили под местной анестезией. Герметизацию легкого выполняли путем диатермокоагуляции или химическим коагуляцией. Показаниями к повторной торакокопии были отсутствие герметичности легкого и сохранение пневмоторакса по рентгенологическим признакам в течение 4-5 суток, также показаниями были рецидивы СП. В этих случаях герметизация легкого осуществлялась лигированием буллы легкого, где имелся дефект стенки, прошиванием дефекта легкого, резекцией измененной ткани легкого. Таким образом, выполнять всем больным атипичную резекцию легкого при первом эпизоде СП считали не целесообразным.

При анализе гистологического материала резецированных участков легких пациентов 15-68 лет отмечали, что в 61,9% (60) случаев БЭЛ развивалась на фоне врожденного порока развития легкого, который выражался в фиброзно-мышечной дисплазии бронхиального дерева и сосудов, характеризующейся:

1. частичным или полным отсутствием мышечного слоя, базальной мембраны бронхиол, хаотичностью расположения мышечных волокон в стенке бронхиол (окраска гематоксилин-эозином);
2. неправильно сформированным эластическим каркасом бронхиол и сосудов: мы наблюдали разные по тяжести изменения эластических волокон бронхиол и сосудов – нарушение хода, беспорядочность расположения эластических волокон, их разединение, укорочение, фрагментация, признаки зернистого распада, неравномерное залегание, гиперэластоз одних бронхиол и сосудов и бедность эластикой других бронхиол и сосудов (окраска орсеином);
3. обнаружением избытка перибронхиально и периваскулярно, в меньшей степени в адвентиции сосудов и в стенках межальвеолярных перегородок, коллагеновых структур: от грубых толстых волокон до более тонких, слабофуксифиловых, расположенных беспорядочно, часть волокон деструктировано, фрагментировано (окраска по Ван-Гизону).

Данные изменения мы наблюдали у всех 60 пациентов и считали их врожденными.

При этом по данным нашего гистологического исследования:

Contact Information:

Dr. Viktoria Vlasova

E-Mail: 218412@rambler.ru

- у 54 (90%) пациентов этой группы данный порок сопровождался дополнительным пороком развития сосудов – у 18 (30%) гемангиоматозом (типа «капиллярных гемангиом»), у 36 (60%) неравномерным залеганием сосудов (бронх сопровождают не 1-2 сосуда, а 3-5 или, наоборот, 1 сосуд сопровождает 5-7 бронхов) и перекалибровкой сосудов (если в норме соотношение диаметра бронха и сопровождающего сосуда 2:1, то при врожденном пороке развития легкого – 1:2 - 1:10);
- у 8 больных (13,4%) врожденной эмфиземой легкого;
- у 24 человек (40%) частичной агенезией респираторного отдела (частичным отсутствием альвеолярного строения);

Возраст пациентов от 15 до 49 лет.

- у 4 пациентов (6,6%) в возрасте 42-49 лет на фоне недоразвития легочной ткани наблюдались признаки хронического бронхита.

При микроскопии гистологических препаратов типично резецированной легочной ткани пациентов данной группы отмечали, что микроскопические изменения имели очень яркий, но локальный характер.

У 38,1% (37) пациентов БЭЛ развивалась на фоне хронического бронхита, который выражался пролиферацией эпителия, полипозными разрастаниями внутренней оболочки, слизистым содержимым в просвете бронхиол, воспалительной инфильтрацией стенок бронхиол. Возраст данных пациентов колебался от 35 до 68 лет. У больных с ХОБЛ при гистологическом исследовании

наблюдали патологические процессы распространенного характера.

Сопоставлены результаты гистологических изменений резецированных участков легких с временным промежутком выполнения АРЛ, выявлены закономерности. При врожденном пороке развития легкого АРЛ чаще выполняли при первом эпизоде СП (68%) или в ранние сроки после первого эпизода СП (от 2 до 46 дней) – 30%. А при БЭЛ на фоне обструктивной эмфиземы АРЛ выполняли чаще всего в отдаленные сроки после первого эпизода СП (от 6 месяцев до 10 лет) – 62%, т.к. другие методы герметизации легкого на определенное время были эффективны, у некоторых при первом эпизоде СП. Это связано с тем, что за определенный период времени у пациентов вновь сформировались участки буллезного легкого приводящие к перфорации и возникновению СП, т.е. связано с прогрессированием ХОБЛ.

Выводы. В формировании БЭЛ решающее значение имеют врожденные и приобретенные патологические изменения бронхиол и артерий. У пациентов с БЭЛ на фоне врожденного порока развития бронхов отмечается высокий риск рецидива в ранние сроки после первого эпизода СП. Этой категории больных необходимо сразу выполнять аэростаз перевязкой булл, АРЛ и дополнять плеврэктомией. У больных с обструктивной эмфиземой наблюдается риск рецидива в более отдаленные сроки. Это отражает прогрессирование обструктивной болезни легких.

V.A.Vlasova, A.S.Nagayev

THORACOSCOPIC HERMETIC LUNG AT VARIOUS PATHOMORPHOLOGIC VARIANTS OF BULLOUS LUNG EMPHYSEMA

*Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy of Y.A. Vagner State Medical Academy
Perm, Russia*

ABSTRACT:

We carried out a clinical analysis of treatment of 424 patients with nonspecific spontaneous pneumothorax and a histological analysis of material from resected sites of the lung. We analyzed different variants of pneumothorax correction depending on types of changes that were revealed with videothoracoscopy. In this article we present the results of morphological examination of the resected bullae-changed sites of the lungs from 97 patients with spontaneous pneumothorax. We made a conclusion that pathological changes in bronchioles and arteries are of crucial importance in formation of bullous lung emphysema.

Key words:

spontaneous pneumothorax, videothoracoscopy, histological examination

© P.V.Gavrilov, L.A.Skvortsova, M.V.Pavlova, 2007

П.В.Гаврилов, Л.А.Скворцова, М.В.Павлова

ВОЗМОЖНОСТИ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт Фтизиопульмонологии Росздрава»

АБСТРАКТ

Исследование основано на результатах динамического наблюдения и лечения 96 больных туберкулезом органов дыхания, поступивших в клинику института с подозрением на аденопатию средостения. Всем пациентам выполнено комплексное рентгенологическое обследование с применением СКТ. Установлено что СКТ позволяет визуализировать внутригрудные лимфоузлы, оценить их размеры и выявить нарушения структуры. Сформулированы признаки специфического поражения лимфатических узлов. Комплексное исследование с использованием СКТ позволило диагностировать специфическую природу аденопатии, т.е. установить первичный генез болезни у 43,7% больных, вторичный – у 56,3%.

Ключевые слова:

туберкулез, спиральная компьютерная томография (СКТ), лимфатические узлы.