

Многофакторный анализ онкоэпидемиологической информации позволил построить пространственно-территориальную модель рака губы для Куйбышевской области, разработать методику определения «групп риска» населения и прогнозировать развитие злокачественных опухолей в районах нового экономического освоения.

Применение кибернетических методов обработки онкоэпидемиологической информации дало возможность подойти к анализу природы злокачественных опухолей губы применительно к условиям крупной промышленной области, абстрагируясь от конкретных причин элементарных процессов, физических или других факторов.

УДК 616.27—006.2

## БРОНХОГЕННЫЕ КИСТЫ СРЕДОСТЕНИЯ

*Проф. И. И. Неймарк, Д. А. Наймарк*

*Отделение торакальной хирургии (зав. — проф. И. И. Неймарк) железнодорожной больницы ст. Барнаул (главрач — М. Б. Форнель)*

Бронхогенные кисты — редкое заболевание. По данным А. Н. Бакулева и Р. С. Колесниковой, к 1964 г. в мировой литературе было опубликовано 292 наблюдения этого порока развития (в том числе 46 сообщений отечественных авторов). Частота бронхогенных кист по отношению ко всем кистам и опухолям средостения колеблется в широких пределах.

В нашем отделении находились на лечении 5 больных с бронхогенными кистами в возрасте 7, 10, 33, 50 и 53 лет. У 3 больных правильный диагноз был установлен до операции, у 2 предполагалась невринома средостения. Все они успешно оперированы.

Бронхогенные кисты обычно протекают со слабо выраженными клиническими проявлениями либо бессимптомно и дают о себе знать при воспалении кисты или при сдавлении ею соседних органов. М. А. Зив указал на возможность кровохарканья. По наблюдениям Э. А. Степанова, у детей бронхогенные кисты средостения могут вызвать ателектаз или обтурационную эмфизему легкого, одышку, цианоз. При околопищеводном или интрамуральном (в стенке пищевода) расположении кисты иногда наблюдается дисфагия. У 2 оперированных нами детей не было никаких жалоб, образование в средостении у них выявлено случайно при флюорографии. 1 больная за 2 месяца до поступления стала ощущать боли в груди: повысилась температура, появился кашель с выделением до 100—150 мл слизисто-гнойной мокроты в сутки; при рентгенологическом исследовании слева паратрахеально была обнаружена полость с горизонтальным уровнем жидкости. У 1 больного заболевание проявлялось кашлем и одышкой и у 1 — болями в груди, особенно при положении на здоровом боку. Физикальные методы обследования мало помогают распознаванию болезни.

Наибольшее значение для диагностики бронхогенных кист имеет рентгенологическое исследование (рентгеноскопия, рентгенография, пневмомедиастинотография). Решающим критерием в установлении диагноза является определение локализации образования и его связи с окружающими органами. Бронхогенные кисты располагаются, как правило, в непосредственной близости к трахее (к ее боковым стенкам или бифуркации), т. е. в среднем или в заднем средостении.

Форма кист в значительной степени обуславливается их расположением: паратрахеальные бронхогенные кисты имеют вытянутую, часто грушевидную форму, а расположенные в области бифуркации — округлую или яйцевидную, при этом более узкая часть кисты направлена в сторону бифуркации. Вертикальный размер бронхогенной кисты всегда превышает горизонтальный [6, 13].

Интенсивность тени кист зависит от их размеров и характера содержимого. Обычно полость кисты наполнена сгущенной слизью, напоминающей вареный крахмал, но иногда в ней содержится много извести [2], и тогда ее тень при относительно небольших размерах может быть интенсивнее тени сердца; этот феномен мы наблюдали у 1 больного.

Иногда бронхогенные кисты имеют сообщение с просветом трахеи или бронха. По мнению З. В. Гольберт и Г. А. Лавникова, такие кисты правильнее называть дивертикулами. Сообщение между кистой и дыхательной трубкой может быть как первичным, так и вторичным, образовавшимся в результате инфицирования кисты. По данным И. Д. Кузнецова, отверстие в стенке трахеи или бронха, ведущее в полость кисты, в некоторых случаях выявляется при бронхоскопии или бронхографии с использованием жидкого йодолипола.

Связь кисты с трахеобронхиальным деревом подтверждается смещением ее при глотании и кашле. Тонкостенные кисты могут изменять свою форму в различные фазы дыхания, при проведении пробы Вальсальвы, введении газа в средостение, перемене положения тела [9, 14].

Стенка бронхогенной кисты состоит обычно из рыхлой соединительной ткани, содержит мышечные и хрящевые элементы, слизистые железы и выстлана изнутри респираторным эпителием. Однако при повторном инфицировании многоядный цилиндрический эпителий замещается плоским, а в отдельных случаях может отсутствовать. Описаны бронхогенные кисты со стенкой из плотной фиброзной ткани, лишенной хрящей, слизистых желез, эпителиальной выстилки. З. В. Гольберт, Г. А. Лавникова считали бронхиальный генез таких кист сомнительным, однако М. А. Зив, Броун и Роббинс и др. относили их к бронхогенным на основании тесной связи со стенками дыхательных трубок. Мы в 4 наблюдениях обнаружили в стенках удаленных кист слизистые железы и респираторный эпителий, в 5-м киста, связанная с кариной, имела фиброзную стенку без желез и респираторного эпителия. Хрящи не были найдены ни в одном из наших наблюдений.

Обызвестление стенок бронхогенных кист встречается очень редко [9, 13], иногда отложение извести в стенке кисты обнаруживается лишь при гистологическом исследовании [20].

Случаи озлокачествления бронхогенных кист средостения единичны [15, 18].

Наиболее целесообразным методом лечения больных с бронхогенными кистами является удаление кисты под интратрахеальным управляемым наркозом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н., Колесникова Р. С. Хирургическое лечение опухолей и кист средостения. Медицина, М., 1967.—2. Брайтцев В. Р. Врожденные (дизонтогенетические) образования средостения и легких. Медгиз, М., 1960.—3. Гольберг В. Н. Груд. хир., 1961, 1.—4. Гольберт З. В., Лавникова Г. А. Опухоли и кисты средостения. Медицина, М., 1965.—5. Зив М. А. Вестн. хир., 1959, 1.—6. Зинихина Е. А. Вестн. рентгенол., 1964, 3.—7. Караванов А. Г. и Горбунова З. М. Груд. хир., 1959, 3.—8. Колесов А. П. и др. Хирургия, 1967, 8.—9. Кузнецов И. Д. Вестн. рентгенол., 1964, 6.—10. Овнатян К. Т. и др. Вестн. хир., 1969, 3.—11. Осипов Б. К., Маневич В. Л. Груд. хир., 1965, 1.—12. Петровский Б. В. Хирургия средостения. Медгиз, М., 1960.—13. Соколов Ю. Н., Левина Л. А. Груд. хир., 1961, 3.—14. Степанов Э. А. Там же, 1963, 3.—15. Brown R. K., Robbins G. L. J. Thorac. Surg., 1944, 13, 2, 84.—16. Ellis F. H., Dushane I. W. Am. Rev. Tuberc. a. Pulm. Dis., 1956, 74, 6, 940.—17. Moersch P. I., Clagett O. T. J. Thorac. Surg., 1947, 16, 2, 179.—18. Peabody J. W., Strug L. H., Rives J. D. Arch. int. med., 1954, 93, 6, 875.—19. Ringertz N., Lidholm S. O. J. Thorac. Surg., 1956, 31, 4, 458.—20. Rogers L. F., Osmer J. C. Am. J. Roentgenol., 1964, 91, 2, 143.