

УДК 616.2

DOI 10.11603/1681-2778.2015.4.5671

© А. В. ДРОЗД, Т. В. МУРАВЙОВ, Т. І. МАРЦУН

Житомирська обласна клінічна лікарня імені О. Ф. Гербачевського

Клінічний випадок хірургічного лікування секвестрації легені

A. V. DROZD, T. V. MURAVYOV, T. I. MARTSUN

Zhytomyr Regional Clinical Hospital by O. F. Herbachevskyi

CLINICAL CASE OF SURGICAL TREATMENT OF LUNG SEQUESTRATION

Секвестрація легені (СЛ) є досить рідкою вадою розвитку, зумовленою комбінованим порушенням розвитку всіх структур, що утворюють легені, при якому ділянка легеневої тканини частково або повністю відділяється на ранніх стадіях ембріогенезу та розвивається незалежно від основної легені, являючи повністю ектоповану тканину, або розміщується всередині функціонуючої легені. СЛ має ізольовану бронхіальну систему та одну або декілька аномальних артерій, що відходять від грудного та черевного відділу аорти або її гілок (внутрішньої грудної та міжреберної). Венозний відтік здіснюється при внутрішньолегеневій секвестрації в легеневу вену або в систему vv. Azygos et Hemiazygos, а при позалегеневій – у систему верхньої або нижньої порожнистих вен. Сполучення між бронхами і секвестрованою ділянкою в більшості випадків відсутнє.

Більшість авторів, описуючи цю ваду розвитку, виділяє внутрішньочасткову та позалегеневу форми легеневої секвестрації. В першому випадку секвестрована легенева тканина міститься в нормальній легеневій тканині, тоді як позалегенева секвестрація може розміщуватися як у середині легеневої тканини, так і за її межами. За даними літератури, внутрішньолегенева секвестрація зустрічається в шість разів частіше, ніж позалегенева.

Вперше цю ваду описав C. Rokitansky в 1856 р., повідомив про випадок кістозно зміненої додаткової частки розміщеної в паренхімі нормально розвинutoї легені. Русле (1946 р.) ввів у практику термін “секвестрація”.

ЛС може поєднуватися з іншими вадами та аномаліями розвитку легеневої, бронхіальної та судинної системи.

Внутрішньочасткова секвестрація зазвичай локалізується в нижніх частках легені, зліва дещо частіше, ніж справа. Більш ніж у 80 % випадків

зміни виявляються в задньо-базальних сегментах і лише в 6 % – в апікальному. Верхньо- і середньочасткова секвестрація зустрічається рідко (1–2 %).

При позачастковій секвестрації аномальна ділянка легені частіше розташовується в грудній порожнині над діафрагмою, рідше в черевній порожнині. Описані випадки розміщення позалегеневої секвестрації в порожнині перикарда, в ділянці грудної стінки та шиї. Позачастково розташовані секвеструвальні ділянки можуть зростатися із сусіднimi органами (стравоходом, шлунком та ін.), іноді порушуючи їх функцію.

Описані випадки одночасної наявності внутрішньолегеневої та позалегеневої секвестрації. Частота секвестрації серед неспецифічних захворювань легень, за даними різних авторів, складає 0,8–2 %.

Клінічні прояви ЛС можуть бути відсутні протягом ряду років до розвитку інфекції в секвеструвальній ділянці, що перебігає з клінічною картиною пневмонії, часто рецидивуючою. На оглядових рентгенограмах у 2-х проекціях має місце інтенсивне гомогенне або негомогенне затемнення овальної, округлої або неправильної форми. В ряді випадків на фоні затемнення видно одну або множинні кістозні порожнини з рівнем рідини. Легеневий малюнок у навколоїнній тканині може бути або не змінений, або посиленій та деформований. На бронхограмах бронхи в зоні аномалії деформовані, помірно розширені.

На сьогодні найбільш інформативним методом діагностики ЛС є КТ ОГК та аортографія за Сельдінгером. Але, як правило, в дорослому віці ЛС є знахідкою при операційному втручанні.

Єдиним методом лікування СЛ є операційний.

Із 2009 до 2014 року в нашому відділенні на лікуванні перебували два пацієнти з ЛС. Перший – чоловік віком 42 роки, з внутрішньолегеневою

ПОВІДОМЛЕННЯ

секвестрацією, що локалізувалась у нижній частці лівої легені. Був оперований з приводу периферичного утвору нижньої частки лівої легені. Виконано нижню лобектомію. Остаточний діагноз був встановлений під час операційного втручання (аберантна судина розміщувалася в товщі легеневої зв'язки) та наступного патогістологічного дослідження.

Наводимо клінічний випадок з практики нашого відділення.

Пациєнка П. віком 37 років, госпіталізована у відділення торакальної хірургії ЖОКЛ 14.04.14 р. зі скаргами на задишку при фізичному навантаженні, сухий кашель, періодичний субфебрілітет. З анамнезу: хворіє близько 10 років.

Неодноразово перебувала на стаціонарному лікуванні з приводу пневмонії, бронхіту за місцем проживання. Діагноз: секвестрація легені, був встановлений у 2011 році під час стаціонарного лікування у відділенні торакальної хірургії ОКЛ за

допомогою КТ ОГК з аортографією від 04.07.11 р. Від операційного лікування тоді відмовилася. Повторно госпіталізована для операційного лікування.

Стан задовільний. Дихання везикулярне. АТ – 130/80 мм рт. ст. ЧСС – 86 за 1 хв. Лабораторні обстеження: ЗАК (14.04.14): Нb – 141 г/л, ер. – 4,4 Т/л, КП – 0,9, лейк. – 5,6 Г/л; лейкограма: п – 4 %, с – 70 %, е – 1 %, л – 21 %, м – 4 %, ШОЕ – 5 мм/год.

УЗД ОЧП (14.04.14): хронічний холецистопанкреатит. ССД. УЗД ОГК: в обох плевральних порожнинах додаткових утворів та вільної рідини не виявлено. ЕКГ (14.04.14): ритм синусовий, нормальне положення осі серця. ExoKC (16.04.14): порожнини серця не збільшені. Клапанні структури без запальних змін. Скоротлива здатність міокарда збережена. ФВ – 61 %. Кардіолог (16.04.14): міокардіодистрофія змішаного генезу. СН 0 ст. ФБС (16.04.14): ТБД без патології. СПГ (16.04.14): життєва ємність легень у нормі. Порушення трахеобронхіальної прохідності не виявлено. КТ ОГК 15.04.14 (рис. 1, 2):



Рис. 1. Скани КТ ОГК.

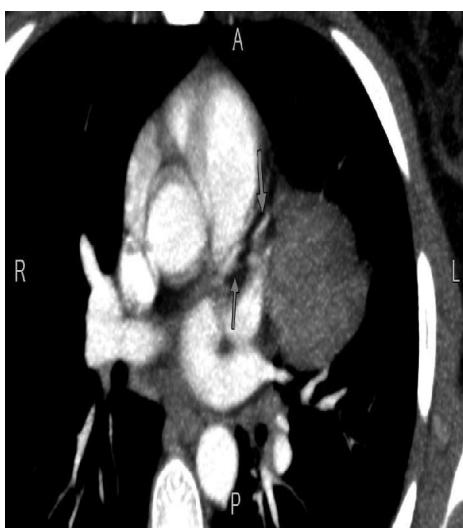


Рис. 2. Скани КТ ОГК.

ПОВІДОМЛЕННЯ

КТ-ознаки найімовірніше характерні для лівобічної внутрішньолегеневої секвестрації.

Передопераційний діагноз: внутрішньолегенева секвестрація верхньої частки лівої легені. 20.04.14 р. пацієнти в плановому порядку виконано операційне втручання в об'ємі: видалення позалегеневої секвестрації з частковою атиповою сегментарною резекцією S3 лівої легені.

Бокова торакотомія в IV м/р зліва. При ревізії плевральна порожнина вільна, між перикардом та язичковими сегментами міститься пухлиноподібний утвір, кістозної будови, неправильної форми, щільний, рожевого кольору, розміром 7×5×5 см, який ніжкою виходить із ділянки S3 та підростає до межистіння та перикарда. Утвір від'єднаний від перикарда. Медіастинотомія. Аберантна судина (діаметр до 2 мм), що живить утвір, відходить від дуги аорти, проходячи через паренхіму S3. Судина виділена, прошита, перев'язана та пересічена. За допомогою YO-60 атипова часткова сегментарна резекція S3. Іншої патології в плевральній порожнині не

виявлено. Санаційна ФБС на операційному столі. Рана пошарово ушита. Крововтрата – 100 мл.

Перебіг післяопераційного періоду – без ускладнень. На контрольній рентгенограмі легеня розправлена. Дренажі видалено на третю добу. Післяопераційна рана загоїлася первинним натягом. Патогістологічне дослідження №16021-25 від 08.05.14: позалегенева секвестрація легені представлена ділянкою аномально розвинутої легеневої тканини з різної величини кістами бронхогенного типу. До секвестрованої ділянки через паренхіму незміненої легені підходить артеріальна судина великого січення.

Пацієнка виписана в задовільному стані на 9-ту добу після операції. При контрольному огляді через 14 днів скарги на помірний біль у ділянці післяопераційної рани. Рубець без ознак запалення. Рентгенологічно: в ділянці ліній апаратного шва вогнищевих та інфільтративних тіней не виявлено. Повторний огляд через 1 рік – без скарг.

Даний випадок становить інтерес у плані діагностики та техніки операційного лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вроджені вади легень: діагностика, клініка, лікування / Ладний О. Я., Кошак С. Ф., Король Ю. І. [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2003. – № 2. – С. 70–72.
2. Макаров А. В. Врожденные аномалии развития бронхолегочной системы (диагностика, хирургическое лечение) / А. В. Макаров, П. П. Сокур // Український пульмонологічний журнал. – 2003. – № 2. – С. 72–74.
3. Грудная хирургия / В. А. Картавова, Ю. Н. Левашев, Ю. Ф. Неклассов [и др.]. – 1984. – № 5. – С. 31–36.
4. Королев Б. А. Аномалии и пороки развития легких / Б. А. Королев, Б. Е. Шахов, А. В. Павлунин. – Н. Новгород : НГМА, 2000.
5. Харитонов В. А. Кровоснабжение при внутридолевой секвестрации легкого / В. А. Харитонов // Грудная хирургия. – 1990. – № 3. – С. 73–74.
6. Дужий И. Д. О легочной секвестрации / И. Д. Дужий, Н. Г. Тертышный // Клиническая хирургия. – 1989. – 10. – С. 35–36.
7. Sade R. M. The spectrum of pulmonary sequestration / R. M. Sade, M. Clouse, F. H. Ellis // Am. Thorac. Surg. – 1974. – Vol. 18. – P. 644–658.

Отримано 06.08.15