

**М. С. Опанасенко, Б. М. Конік, Л. І. Леванда, О. В. Терешкович, М. І. Калениченко,
С. М. Шалагай, О. І. Шпак, В. Б. Бичковський, Д. С. Ткач**
**НАПРУЖЕНА КІСТА ВЕРХНЬОЇ ЧАСТКИ ЛІВОЇ ЛЕГЕНІ
З МІГРАЦІЄЮ В М'ЯКІ ТКАНИНИ ШИЇ І ТУЛУБА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

ДУ «Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

**НАПРУЖЕННАЯ КИСТА ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО
С МИГРАЦИЕЙ В МЯГКИЕ ТКАНИ ШЕИ И ТУЛОВИЩА:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Н. С. Опанасенко, Б. Н. Коник, Л. И. Леванда, А. В. Терешкович,
М. И. Калениченко, С. М. Шалагай, О. И. Шпак, В. Б. Бичковский,
Д. С. Ткач**

Резюме

По данным литературы, среди всех больных с заболеваниями органов дыхания пациенты с кистами легких составляют 2,9–5,3 %.

С практической точки зрения, большое значение имеет распределение кист с осложненным и неосложненным течением. К осложнениям кисты легкого относится следующее: нагноение, кровохарканье или легочное кровотечение, плеврит, пневмоторакс, эмпиема плевры с бронхиальной свищем, компрессионный синдром. Последний развивается в результате наличия клапанного механизма в дренирующем бронхе, что приводит к нарастанию давления внутри полости кисты и ее напряжению. Киста быстро увеличивается в размере, сдавливает окружающие сегменты легких, вызывает смещение органов средостения. Клиническая картина напряженной кисты легкого напоминает клинику клапанного пневмоторакса (одышка, тахипноэ, цианоз, набухание вен шеи, тахикардия). У таких пациентов тяжелое состояние обусловлено дыхательной недостаточностью и гемодинамическими нарушениями.

При очень тонкой стенке кисты обзорная рентгенография не всегда дает возможность диагностировать заболевания, поэтому пациенты с напряженной кистой длительное время (иногда десятилетиями) могут получать неадекватное лечение.

Не существует единого подхода к тактике лечения кист легких, особенно при неосложненном их течении. Основным методом лечения остается хирургический. Благодаря широкому распространению малоинвазивных технологий в торакальной хирургии врачи все чаще прибегают к операции даже при неосложненных кистах легких.

В статье представлено описание клинического случая напряженной кисты верхней доли левого легкого с распространением ее в мягкие ткани шеи и туловища.

На примере данного случая можно заключить, что полиморфизм клинических проявлений кист легких затрудняет задачу выработки единой тактики диагностики и лечения данной патологии, однако широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных методов дает возможность рекомендовать раннее хирургическое лечение неосложненных кист легких.

Ключевые слова: напряженная киста легкого, хирургическое лечение, клинический случай.

Укр. пульмонолог. журнал. 2019, № 1, С. 68–72.

Опанасенко Микола Степанович
ДУ «Національний інститут фізіотерпії
і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»
Завідуючий відділенням торакальної
хірургії і інвазивних методів діагностики
Доктор мед. наук, професор
10, вул. М. Амосова, Київ, 03680
Тел.: 380672718511, opanasenko@ifp.kiev.ua

**TENSION CYST OF THE UPPER LOBE OF LEFT LUNG WITH
MIGRATION INTO THE SOFT TISSUE OF THE NECK AND TRUNK:
A CLINICAL CASE**

**N. S. Opanasenko, B. N. Konik, L. I. Levanda, A. V. Tereshkovich,
M. I. Kalenichenko, S. M. Shalagai, O. I. Shpak, V. B. Bychkovskiy,
D. S. Tkach**

Abstract

According to literature data the prevalence of lung cysts is 2,9–5,3 % of cases among all patients with respiratory disease.

From the practical point of view the distribution of cysts with complicated or uncomplicated clinical course is of great importance. The following conditions belong to the complications of lung cyst: purulent disease, hemophthisis or lung bleeding, pleurisy pneumothorax, pleural empyema with bronchial fistula, compressive syndrome. The last one develops due to valve mechanism in the draining bronchus, leading to the increasing pressure into the cyst cavity and its tension. The cyst quickly grows in size, compressing the surrounding lung segments and causes the shift of mediastinum structures. The clinical presentation of tension lung cyst reminds those observed in valvular pneumothorax (dyspnea, tachypnoea, cyanosis, overflow of neck veins, tachycardia). The severity of condition in these patients is determined by respiratory failure and circulation disturbances.

If the wall of the cyst is too thin it could hardly be visualized at chest radiogram. Hence, the patients with tension lung cyst may not receive proper care for a long time (even for tens of years).

There is no unified approach for the management of such the cysts, especially in uncomplicated clinical course. The surgical treatment remains the leading method. Due to wider implementation of less invasive techniques in thoracic surgery, the physicians more frequently chose this option even in uncomplicated cases.

Current report presents the description of clinical case of uncomplicated tension cyst of upper lobe of left lung, migrating into the soft tissues of neck and trunk.

This case gives a perfect example of challenge in management of current pathology, because of its clinical polymorphism and the lack of commonly accepted treatment approach. Wider use of minimal invasive thoracic surgery methods is recommended in management of uncomplicated tension lung cysts.

Key words: tension lung cysts, thoracic surgery, clinical case.

Ukr. Pulmonol. J. 2019; 1: 68–72.

Mykola S. Opanasenko
National institute of phthysiology and pulmonology
named after F. G. Yanovsky NAMS of Ukraine
Head of thoracic surgery and invasive methods of diagnostics department
Doctor of medicine, professor 10, M. Amosova str., 03038, Kyiv
Tel.: 380672718511, opanasenko@ifp.kiev.ua

Кіста легені — патологічна порожнина в паренхімі легені, заповнена повітрям або рідинним вмістом. Кісти легень мають поліетіологічне походження, зазвичай міс-

тять слизову рідину або повітря. Зважаючи на велику різноманітність патоморфологічних форм захворювання, визначити справжню поширеність кіст легень в популяції досить складно [1]. За даними деяких дослідників, серед усіх хворих з хворобами органів дихання пацієнти з кістами легень складають 2,9–5,3 %. Кісти легень зустрічаються у представників всіх вікових груп — від новонароджених до людей похилого віку [2, 4].

© Опанасенко М. С., Конік Б. М., Леванда Л. І., Терешкович О. В., Калениченко М. І., Шалагай С. М., Шпак О. І., Бичковський В. Б., Ткач Д. С., 2019

www.search.crossref.org

DOI: 10.312.15/2306-4927-2019-103-1-68-72

Також до кіст легень відносять порожнини бронхіального походження, вроджені бронхоектази, емфізематозні булли, порожнини, що виникають після травм, абсцесів, туберкульозу тощо. Будь-яку порожнину, заповнену повітрям, рідиною або тканинним детритом, незалежно від її генезу та будови можна назвати кістою легені [2]. Існує навіть поняття “кістозно-муцинозного раку”, яким позначають деструктивні форми злоякісних пухлин. Тому можна стверджувати, що повітряні порожнини в легенях виникають з багатьох причин, мають різну морфологічну будову, різний результат лікування, а тому вимагають різного підходу до вибору лікувальної тактики [3].

За морфологічною будовою кісти легень діляться на справжні і несправжні. Перші з них завжди вроджені, їх зовнішня оболонка представлена сполучною тканиною з елементами бронхіальної стінки (хрящовими пластинками, гладком'язовими і еластичними волокнами і ін.). Внутрішній шар істинної кісти складається з епітеліальної вистилки з клітин кубічного і циліндричного епітелію, яка продукує слизовий секрет (бронхогенні кісти) або альвеолярного епітелію (альвеолярні кісти). Несправжні кісти легень мають набутий характер, а в їх стінці відсутні структурні елементи бронха і слизова оболонка [1].

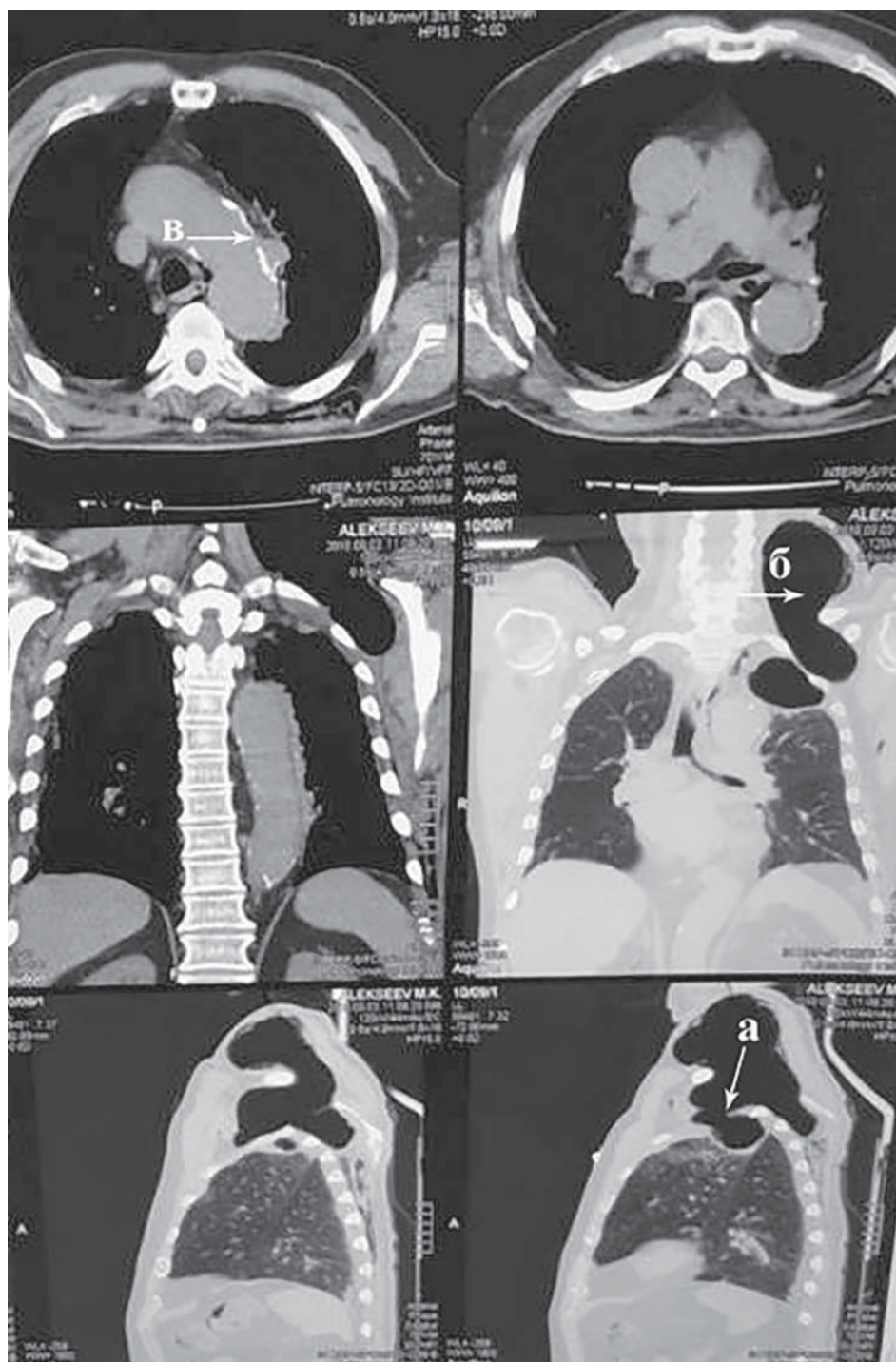


Рис. 1. СКТ ОГП при поступленні (фронтальний і сагітальний зрізи). а — лізис 1-го ребра, б — кіста легені, в — пенетруюча виразка перешийка аорти.

Основними методами діагностики кіст легень є рентгенологічні: флюорографія, оглядова рентгенографія органів грудної порожнини (ОР ОГП), спіральна комп'ютерна томографія (СКТ ОГП) тощо [3].

З практичної точки зору більше значення має розподіл кіст з ускладненим і неускладненим перебігом. До ускладнень кісти легені відноситься наступне: нагноєння, кровохаркання або легенева кровотеча, плеврит, пневмоторакс, емпієма плеври з бронхіальною норницею, компресійний синдром [4]. Останній розвивається в результаті наявності клапанного механізму в дренажуючому бронсі, що призводить до наростання тиску всередині порожнини кісти і її напрузі. Кіста швидко збільшується в розмірі, здавлює навколишні сегменти легені, викликає зміщення органів межистіння. Клінічна картина напруженої кісти легені нагадує клініку клапанного пневмотораксу (задишка, тахіпноє, ціаноз, набухання вен шиї, тахікардія). В таких пацієнтів важкий стан обумовлений дихальною недостатністю і гемодинамічними порушеннями. В перебігу напруженої кісти легені виділяють компенсовану, субкомпенсовану і декомпенсовану стадії. За умови дуже тонкої стінки кісти оглядова рентгенографія не завжди дає можливість діагностувати захворювання, а тому пацієнти з напруженою кістою тривалий час (інколи десятиліттями) можуть отримувати лікування з використанням бронхолітичних (від бронхіальної астми) або кардіотропних (від тахіаритмії) засобів [2].

Не існує єдиного підходу до тактики лікування кіст легень, особливо при неускладненому їх перебігу. Основним методом лікування залишається хірургічний.

Завдяки широкому поширенню малоінвазивних технологій в торакальній хірургії лікарі все частіше вдаються до оперативних втручань навіть при неускладнених кістах легень [1].

Вашій увазі буде представлений клінічний випадок напруженої кісти верхньої частки лівої легені з поширенням її в м'які тканини шиї і тулуба.

Клінічний випадок

Хворий А, 1948 року народження, був доставлений каретою швидкої допомоги до ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» (НІФП НАМНУ) у вкрай тяжкому стані. Транспортували хворого до клініки з іншої області протягом 6-ти годин. При огляді пацієнта в кареті швидкої допомоги звертало на себе увагу значне вип'ячування м'яких тканин в лівій надключичній ділянці. Пальпаторно місце вип'ячування було напружене, еластичне, ознак крепітації повітря не було. Тяжкість стану хворого була обумовлена вираженим больовим синдромом в зазначеній ділянці, а також важкими дихальними і гемодинамічними порушеннями: сатурація кисню складала 60 %, частота дихальних рухів 25 на хвилину, артеріальний тиск (АТ) 70/30 мм.рт.ст, частота серцевих скорочень (ЧСС) 120 на хвилину. Хворий отримувал інсуфляцію 100 % кисню, і проводилась інфузія адреноміметиків. Свідомість була затьмарена, на контакт йшов погано, рентгенологічного архіву при собі не було.

Зі слів дружини хворого вдалось дізнатись, що 1 рік тому він лікувався з приводу деструктивної лівобічної

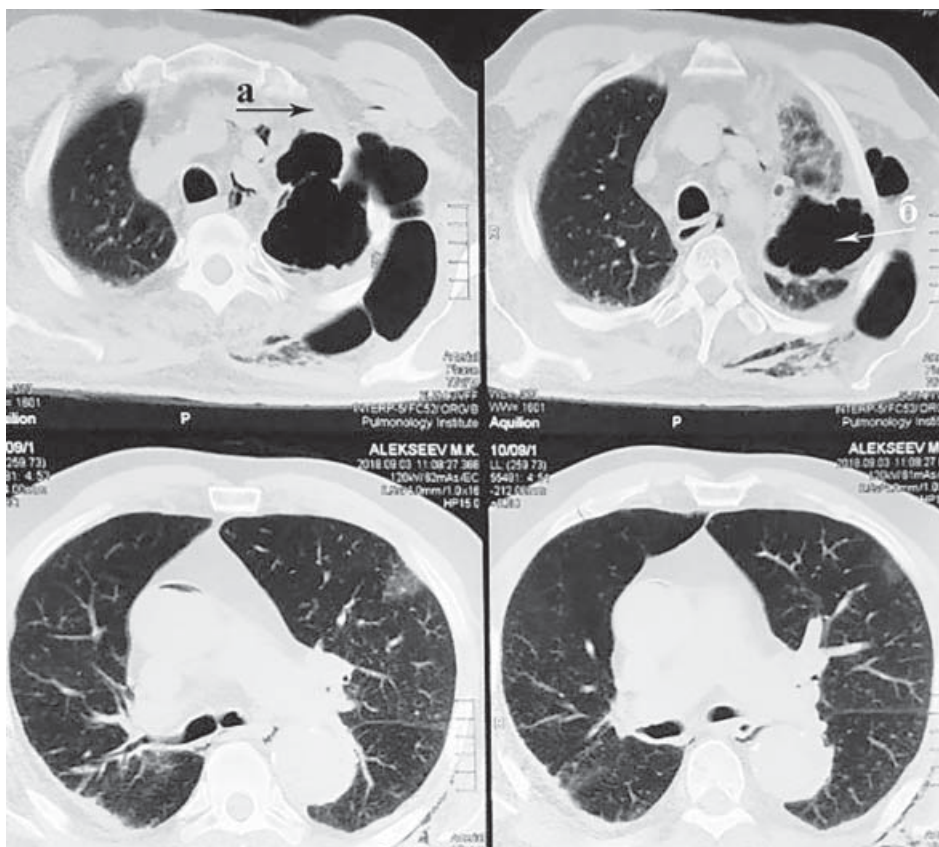


Рис. 2. СКТ ОГП при поступленні (поперечні зрізи): а — лізис 1-го ребра, б — кіста легені.

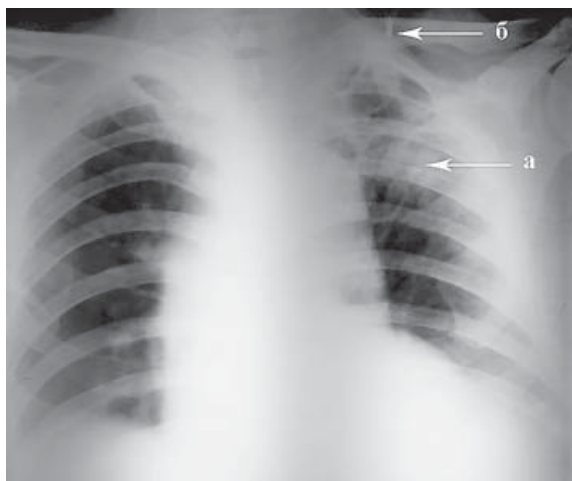


Рис. 3. ОРОГП на другу добу після дренивання: *а* — гіповентиляції легеневої паренхіми, *б* — мікродренаж.

пневмонії. Стан погіршився 2 тижні тому, коли з'явилося вип'ячування зліва над ключицею. Хворий був госпіталізований в обласну лікарню, де після дообстеження було встановлено діагноз пенетруючої виразки перешийка дуги аорти. Лікування за місцем проживання ефекту не дало, а тому було прийнято рішення направити хворого реанімобілем до Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова. Після огляду кардіохірурги направили хворого до НІФП НАМНУ.

В ургентному порядку було прийнято рішення виконати хворому СКТ ОГП (рис.1, рис.2). За даними



Рис. 4. Бронхоблокація верхньочасткового бронху зліва.

обстеження було встановлено наявність лізису 1-го ребра зліва, гігантської кістки верхньої частки лівої легені з поширенням її через верхню апертуру в м'які тканини шиї і тулуба (в підлопатковий простір), а також раніше діагностованої пенетруючої виразки перешийка аорти. Необхідно зазначити, що зміни в м'яких тканинах шиї і тулуба не були розцінені як підшкірна емфізема, а саме — як вихід кістки через апертуру з подальшим розшаруванням і поширенням в тканини шиї і тулуба.

Після проведення СКТ ОГП у хворого наступила зупинка серця, тому проводився непрямий масаж серця, що дозволило відновити серцеві скорочення.

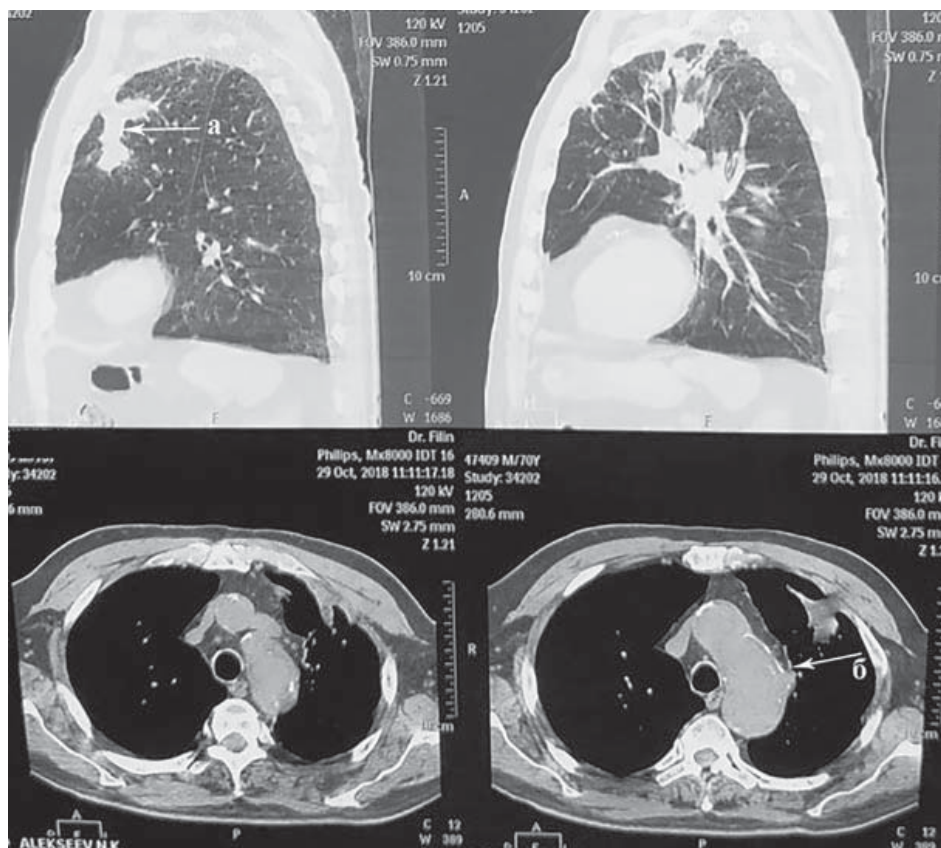


Рис. 5. СКТ ОГП через 2 міс після бронхоблокації: *а* — ділянка пневмофіброзу, *б* — пенетруюча виразка перешийка аорти.

Враховуючи компресію кісти на судинно-нервовий пучок шиї, вкрай тяжкий стан хворого, в терміновому порядку було проведено мікродренування кісти з надключичного доступу. Необхідно зазначити, що стан хворого значно покращився: підвищилась сатурація кисню до 85,0 %, АТ став 90/60 мм. рт. ст., а ЧСС — 90/хв. Дренаж був підключений до системи Бюлау, і при покашлюванні по ньому помірно поступало повітря. Через добу стан хворого повністю нормалізувався, і він не потребував ніяких реанімаційних заходів. Скид повітря по дренажу продовжувався без динаміки до зменшення. На рис. 3 представлена ОР ОГП, де видно, що в верхньому легеневому полі зліва визначається ділянка гіповентиляції легеневої паренхіми, кіста не візуалізується, з надключичного доступу знаходиться мікродренаж.

При виборі подальшої тактики лікування були враховані наступні чинники: похилий вік хворого, виражена супутня кардіогенна патологія (атеросклеротичний кардіосклероз, пенетруюча виразка перешийка аорти), перенесена деструктивна пневмонія зліва, що могло спричинити виражений злуковий процес в плевральній порожнині. Тому було прийнято рішення провести хворому бронхоблокацію верхньочасткового бронху зліва.

На четверту добу після поступлення бронхоблокатор успішно був встановлений у відповідний бронх (рис. 4). Необхідно зазначити, що скид повітря по мікродренажу одразу припинився, а тому через 2 доби він (мікродренаж) був видалений.

Хворий в задовільному стані з бронхоблокатором був виписаний із стаціонару через 2 тижні після поступлення під нагляд пульмонолога за місцем проживання. Через 2 міс після бронхоблокації хворому було видалено клапан і проведено контрольну СКТ ОГП (рис. 5), на якій кіста не визначалась, а залишилась ділянка грубого пневмофіброзу в верхній частці лівої легені; пенетруюча виразка перешийка аорти — без динаміки.

Через 7 діб після видалення бронхоблокатора ознак появи кісти не було, а тому хворий в задовільному стані був виписаний із стаціонару.

Висновок

Поліморфізм клінічних проявів кіст легень утруднює задачу вироблення єдиної тактики діагностики і лікування даної патології, проте широке впровадження в клінічну практику малоінвазивних методик дає можливість рекомендувати раннє хірургічне лікування неускладнених кіст легень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Власов ПВ, Кармазановский ГГ, Шейх ЖВ, а ін. Кисты и кистоподобные образования легких. Медицинская визуализация. 2005;(1):82–94.
2. Гудовский АМ, Платов ИИ, Корнев АЕ. Клиника, диагностика и хирургическое лечение солитарных воздушных кист легкого. Хирургия. 2001;(6):8–11.
3. Костромина ВП, Донец ОТ, Левадная НМ, и др. Применение компьютерной томографии в дифференциальной диагностике округлых и полостных образований легких у детей и подростков. Проблемы туберкулеза. 1990;(9):37–40.
4. Papagiannopoulos K, Hughes S, Nicholson AG, et al. Cystic lung lesions in the pediatric and adult population: surgical experience at the Brompton Hospital. Ann Thorac Surg. 2002;(5):1594–1598.

REFERENCES

1. Vlasov PV, Karmazanovskiy GG, Sheykh ZhV, et al. Kisty i kistopodobnyye obrazovaniya legkikh (Cysts and cystiform formation of the lungs). Meditsinskaya vizualizatsiya. 2005;(1):82–94.
2. Gudovskiy AM, Platov II, Korenev AYe. Klinika, diagnostika i khirurgicheskoye lecheniye solitarnykh vozdushnykh kist legkogo (Clinic, diagnosis and surgical treatment of solitary air lung cysts). Khirurgiya. 2001;(6): 8–11.
3. Kostromina VP, Donetsk OT, Levadnaya NM, i dr. Primeneniye kompyuternoy tomografi v differentsialnoy diagnostike okruglykh i polostnykh obrazovaniy legkikh u detey i podrostkov (The use of computed tomography in the differential diagnosis of round and abdominal lung masses in children and adolescents). Problemy tuberkuleza. 1990;(9):37–40.
4. Papagiannopoulos K, Hughes S, Nicholson AG, et al. Cystic lung lesions in the pediatric and adult population: surgical experience at the Brompton Hospital. Ann Thorac Surg. 2002;(5):1594–1598.