

Б. М. Конік, М. С. Опанасенко
ВИПАДОК ВНУТРІШНЬОЛЕГЕНЕВОЇ СЕКВЕСТРАЦІЇ
І ПУХЛИНИ НИЖНЬОЧАСТКОВОГО БРОНХУ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України»

Секвестрація легені (СЛ) є досить рідкою вадою розвитку, зумовленою комбінованим порушенням розвитку всіх структур, що утворюють легеню, при якому ділянка легеневої тканини частково або повністю відділяється на ранніх стадіях ембріогенезу та розвивається незалежно від оснóвної легені, являючи повністю ектоповану тканину, або розміщується всередині функціонуючої легені. Більшість авторів, описуючи цю ваду розвитку, виділяє внутрішньолегеневу та позалегеневу форми СЛ. 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. 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 здійснюється 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.

Позалегенева СЛ майже ніколи не дає ускладнень, не проявляє себе клінічно і частіше за все є випадковою знахідкою при рентгенографічному обстеженні, торакотомії або на аутопсії.

Клінічні прояви внутрішньолегеневої СЛ визначаються приєднанням гнійних процесів. До виникнення нагноєння в порожнині секвестру, яке може трапитись в будь-якому віці, аномалія ніяк не турбує хворого. У ряді випадків запальний процес в ділянці СЛ виникає гостро, супроводжується підвищенням температури тіла і появою значної кількості харкотиння внаслідок прориву гною в бронхіальне дерево. Надалі захворювання набуває хронічного перебігу, супроводжується періодичними загостреннями і ремісіями. В частини

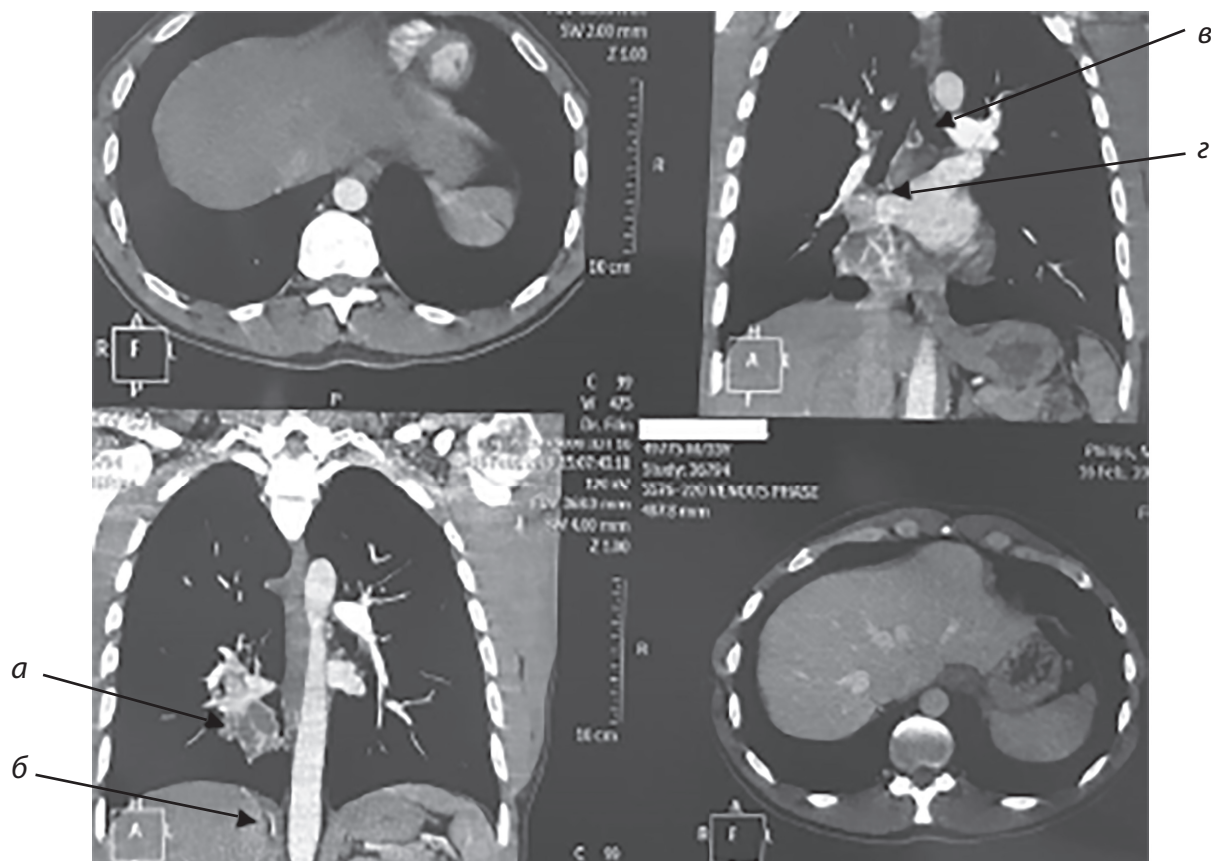


Рис. 1. СКТ органів грудної клітки і верхнього поверху черевної порожнини (а — ділянка секвестрації, б — аберантна судина від черевного стовбура, в — аберантна судина від дуги аорти, з — пухлина нижньочасткового бронху)

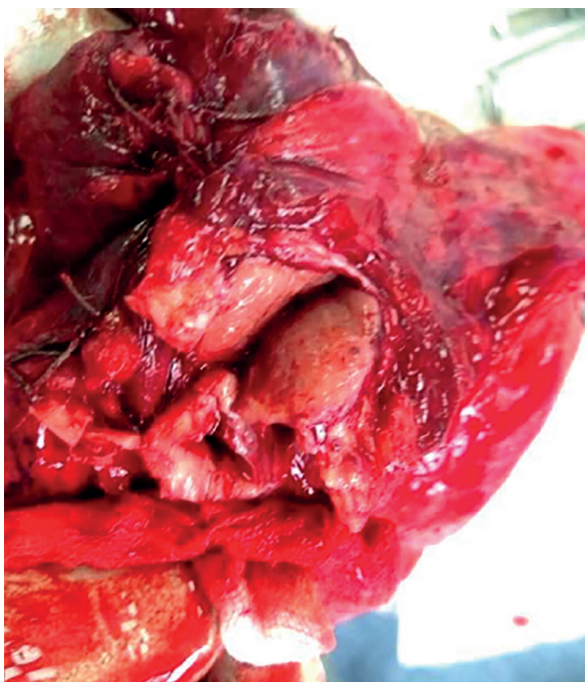


Рис. 2. Макропрепарат із зображенням пухлини

хворих зафіксувати перші ознаки гострої фази не вдається. Іноді, поряд з виділенням гнійного харкотиння, відзначається кровохаркання і навіть профузна легенева кровотеча.

Труднощі діагностики СЛ обумовлені тим, що в її клінічній картині переважають ознаки хронічного нагнійного запалення, а при рентгенологічному дослідженні патологічні ділянки часто симулюють інші захворювання. Золотим стандартом діагностики даної патології є спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) органів грудної і черевної порожнини з внутрішньовенним болюсним підсиленням.

Основним методом лікування СЛ є хірургічний. Як правило хворим виконуються резекційні втручання (лобектомія, білобектомія) або здійснюється видалення позалегенового секвестру з обов'язковою перев'язкою аберавної судини.

Наводимо випадок легеневої секвестрації нижньої частки правої легені в поєднанні з пухлиною нижньочасткового бронху тої ж легені.

Клінічний випадок

Хворий Ф, 1985 року народження, був госпіталізований в 2-ге хірургічне відділення ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» з діагнозом рецидивуюче кровохаркання. З анамнезу стало відомо, що останніх 3 роки хворого турбує періодичне незначне кровохаркання і часті пневмонії, які погано піддаються лікуванню антибіотиками широкого спектру дії. Рентгенархіву хворий не представив. Також повідомив, що 2 роки тому у нього запідозри-

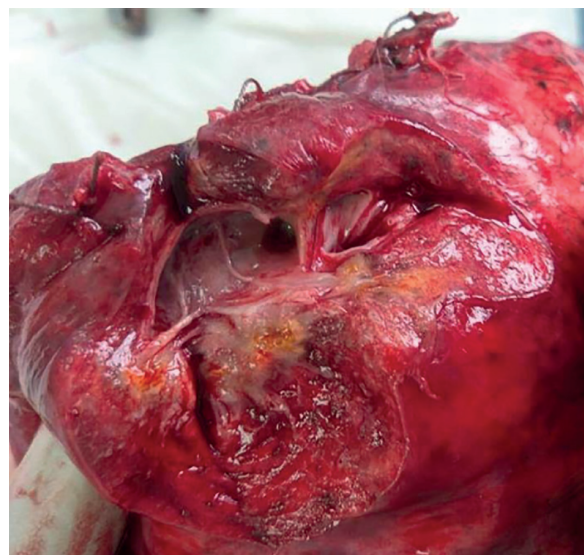


Рис. 3. Макропрепарат із зображенням ділянки секвестрації

ли наявність артеріо-венозної мальформації нижньої частки правої легені.

Тому першочергово пацієнтові було проведено СКТ органів грудної клітки і верхнього поверху черевної порожнини (рис. 1).

За даними обстеження у хворого було діагностовано внутрішньолегенову секвестрацію нижньої частки правої легені з аберавним кровопостачанням від дуги аорти і черевного стовбура. Також було запідозрено пухлину нижньочасткового бронху справа.

Наступним етапом хворому було проведено фібро-бронхоскопію, під час якої підтверджено наявність пухлинного ендобронхіального утворення нижньочасткового бронху з поширенням на середньочастковий. Біопсія даного утворення дала можливість встановити гістологічний тип пухлини — а саме мала місце пухлина типу слинних залоз.

Після невеликої підготовки хворому в плановому порядку була виконана нижня білобектомія справа з перев'язкою 2-х аберавних судин і медіастинальною лімфодисекцією. При дослідженні макропрепарату (Рис. 2, Рис. 3) було встановлено, що пухлина мала ендобронхіальний тип росту і знаходилась в безпосередній близькості до секвестру.

Післяопераційний період перебігав гладко і хворий був виписаний із стаціонару через 20 діб.

Висновок

СЛ є вродженою патологією, клінічний перебіг якої часто маскується під хронічні гнійно-запальні захворювання легень, тому основним в діагностиці даної патології є СКТ органів грудної клітки і черевної порожнини. Хірургічне лікування призводить до повного одужання хворого.