

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

В.Н. Стальмахович^{1, 2}, В.В. Дуденков^{1, 2}, И.Н. Кайгородова²

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕКВЕСТРАЦИИ ЛЕГКОГО

¹ ГБОУ ДПО «Иркутская государственная академия последипломного образования» (Иркутск)² ГБУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница» (Иркутск)

Секвестрация легкого — достаточно редкий порок развития, который встречается у 0,8–2 % больных с заболеваниями легких [2]. Первым этот порок выявил С. Rokitansky в 1856 году [2], написавший о случае кистозно-измененной добавочной доли, расположенной у основания нормально развитого легкого. Термин «секвестрация» был предложен D.M. Prysce в 1946 году [2, 3]. Многие авторы [1, 2, 3, 4, 5], описывающие этот порок развития, выделяют внутрилегочную и внелегочную форму легочной секвестрации. Внутрилегочная секвестрация — патологически сформировавшийся участок легкого, не имеющий собственного плеврального листка, покрытый общей висцеральной плеврой. При внелегочной секвестрации патологически сформировавшийся участок легкого имеет собственную плевру и является, по существу, добавочной долей легкого. Наиболее частая локализация легочной секвестрации — медиально-базальные отделы нижних долей легких, хотя встречаются и другие варианты. Также описаны случаи внегрудной локализации секвестрированного участка легкого, когда он располагался в брюшной полости. Клинические проявления возникают в основном при инфицировании и нагноении кистозных полостей секвестрированного участка легкого. Клинические симптомы во многом обусловлены наличием или отсутствием сообщения порочно развитого участка с бронхиальной системой легкого. При отсутствии сообщения с бронхом заболевание может длительное время протекать бессимптомно и выявляться лишь при рентгенологическом исследовании. В некоторых случаях возможно возникновение воспалительного процесса с клиникой деструктивной пневмонии. При сообщении секвестрированного участка легкого с бронхом заболевание протекает по типу бронхоэктазии. Дифференциальную диагностику следует проводить с врожденными кистами легкого, диафрагмальной грыжей, целомической кистой перикарда, кистами и опухолями легких и средостения. При секвестрации легкого показано только хирургическое лечение. С развитием в последние годы миниинвазивных способов коррекции данного порока стало возможным выполнять данные оперативные вмешательства с использованием эндовидеотехнологий.

Приводим наблюдение из собственной практики. Больная Д., 11 лет, отмечала периодические боли в эпигастриальной области с 1 ноября 2012 г. Обратилась в больницу по месту жительства 26.11.2012 г. с жалобами на сильные боли в животе приступообразного характера преимущественно в верхних отделах, иррадиирующие в правую подвздошную область, а также на боли в спине, в области грудино-поясничного отдела позвоночника, усиливающиеся при глубоком дыхании. С подозрением на острый аппендицит, острый мезаденит ребенок осмотрен хирургом. Острая патология со стороны органов брюшной полости исключена. При проведении обследования в биохимическом анализе крови выявлено повышение сахара крови до 7,5 ммоль/л. С диагнозом сахарный диабет направлена в ГБУЗ ИГОДКБ. В приёмном отделении у девочки сохранялся абдоминальный болевой синдром, боли носили интенсивный характер. Боли локализовались слева в заднебоковом отделе в проекции 10–12-го ребер, иррадиировали в живот, в связи с чем в экстренном порядке госпитализирована в хирургическое отделение. МСКТ легких и органов брюшной полости — паравертебрально, в левой плевральной полости, над ножкой левого купола диафрагмы, визуализируется объемное образование, овальной формы, с нечеткими контурами, размерами 4,3 × 1,9 × 2,9 см, плотностью 41–75 ед. Н до и после внутривенного усиления. Также в плевральной полости визуализируется скопление патологической жидкости (11–12 ед. Н) в виде серповидной полосы, шириной до 2 см от апикальных отделов до купола диафрагмы. Выполнена операция: левосторонняя торакоскопия. В плевральной полости выявлен серозно-геморрагический экссудат. В заднем синусе паравертебрально, примыкая к диафрагме, расположено объемное образование размером 5,0 × 4,0 × 2,0 см черно-фиолетового цвета. Образование на ножке, которая перекручена. Ножка опухоли с питающими сосудами коагулирована, отсечена. Для коагуляции использовался электрохирургический блок «Erbe». Микроскопическая картина: гангрена легкого с геморрагическим пропитыванием. На основании макро и микроскопического исследований был выставлен диагноз: секвестрация нижней доли левого легкого. Послеоперационный период протекал без особенностей, больная была выписана под наблюдения педиатра, хирурга. За период наблюдения состояние больной удовлетворительное.

В данной статье хотелось бы подчеркнуть, что клиническая картина осложненной секвестрации легкого достаточно сложная для интерпретации. Современные лучевые методы обследования в дополнении к торакоскопии являются решающими для постановки правильного диагноза. В период быстро

развивающихся высоких технологий возможно выполнение большинства хирургических вмешательств в торакальной хирургии детского возраста эндоскопическим способом. В настоящее время торакоскопические операции при секвестрации легких могут считаться операциями выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни органов дыхания / Под ред. Н.Р. Палеева. — М.: Медицина, 2000. — 554 с.
2. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торакальной хирургии у детей. — М.: Медицина, 1978. — 552 с.
3. Путов Н.Ф., Левашов Ю.Н., Бобков А.Г. Кистозная гипоплазия легких. — Кишинев, 1980. — С. 5—206.
4. Сазонов А.М., Цуман В.Г., Романов Г.А. Аномалии развития легких и их лечение. — М., 1981. — С. 6—98.
5. Шарипов А.М., Разумовский А.Ю. и др. Сравнительная характеристика эндоскопического лечения внелегочной и внутрилегочной форм секвестрации легких у детей // Российский вестник детской хирургии анестезиологии и реаниматологии: Матер. X Рос. конгр. и II конгр. детских врачей союзного государства «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». — М., 2011. — № 2. — С. 86—87.