

M. M. СУНДЕТОВ

ДИАГНОСТИКА ДОБАВОЧНОЙ ДОЛИ ЛЕГКОГО

(Национальный научный центр хирургии им. А. Н. Сызганова, г. Алматы)

Рассмотрен редко встречающийся порок развития легких – добавочная доля легкого. Ранняя диагностика добавочной доли легкого возможна только при комплексном обследовании в специализированных отделениях. Оперативное лечение показано при хроническом воспалении в добавочной доле и заключается в удалении аномальной доли.

Ключевые слова: добавочная доля легкого.

Добавочной долей легкого или добавочным легким называют редкий порок развития легкого, при котором в эмбриональном периоде формируется дополнительное небольших размеров легкое или доля легкого, бронхи которого отходят от трахеи или главных бронхов, а сосуды имеют связь с малым кругом кровообращения [1]. При добавочной доле легкого дополнительный участок легочной ткани не разделен на доли и воздух в него попадает через бронхи, отходящие от главных и долевых бронхов. Отличительным признаком от доли непарной вены является не только аномальное отхождение аэрирующего бронха от трахеи или главного бронха, но и расположение вены и артерии выше дуги непарной вены. В. И. Стручков и соавторы за 15 лет на-

блюдали всего 5 (0,3%) пациентов с добавочным бронхом [2]. В научной литературе описаны единичные наблюдения [3-5].

Добавочная доля легкого участвует в газообмене, практически ничем себя не проявляя и выявляется случайно при бронхографии, торакальной операции или аутопсии. В большинстве же случаев аномалия распознается при появлении клинической симптоматики, связанной с вторичным специфическим и неспецифическим воспалительным процессом. Клиника заболевания в этих случаях не отличается от симптоматологии воспалительных процессов на почве других пороков развития легких. Уточнить диагноз в ряде случаев помогают бронхография и ангиопульмонография (АПГ), при которых удается выявить

бронхи и сосуды добавочной доли или легкого. Оперативное лечение показано только при выявлении хронических необратимых изменений и заключается в удалении аномальной доли легкого, содержащей вторичные полостные и склеротические изменения.

Мы наблюдали двух пациентов 7 и 18 лет, девочку и мужчину.

Клиническое наблюдение.

Пациентка А., 7 лет, история болезни №32553, поступила в ННЦХ им. А.Н.Сызганова 13.08.1993г.

Жалобы: на кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, на одышку при умеренной физической нагрузке, тупые боли в грудной клетке справа. Анамнез заболевания: болеет с трехмесячного возраста. Ежегодные многократные обострения бронхита, пневмонии. Лечилась амбулаторно и стационарно, но с временным эффектом. Заподозрена бронхоэктатическая болезнь и в шестилетнем возрасте пациентка была направлена в ННЦХ им. А.Н.Сызганова на обследование и лечение. После бронхологических исследований установлен диагноз: врожденные бронхоэктазы язычковых сегментов и нижней доли левого легкого, добавочная доля правого легкого. Произведена операция – торакотомия слева, резекция язычковых сегментов и нижней доли левого легкого. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение педиатров. Родители и ребенок отмечают улучшение состояния, однако еще остаются кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, боли в грудной клетки, поэтому вновь обратились в ННЦХ им. А.Н.Сызганова.

При поступлении состояние средней тяжести. Грудная клетка симметричная, не деформирована. Слева имеется послеоперационный рубец от боковой торакотомии. В легких везикулярное дыхание, справа сухие хрюпки. Тоны сердца ритмичные, чистые. АД 110/60 мм. рт. ст. Пульс 86 ударов в мин. Обзорная рентгенограмма органов дыхания: левое легкое после удаления нижней доли и язычковых сегментов. Справа дополнительное легкое или доля, трахеальный бронх. Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит в стадии обострения. Трахеально отходит дополнительно бронх справа, культи нижней доли и язычковых сегментов левого легкого. Бронхография слева: легкое после удаления нижней доли и язычковых сегментов,

деформирующий бронхит S_{1-2-3} . Бронхография справа: добавочная доля с бронхоэктазами и долевым бронхом, отходящим от трахеи. ЭКГ: вертикальное положение электрической оси сердца. Признаки формирующейся блокады правой ножки пучка Гиса. ЧСС 86 в минуту.

Установлен клинический диагноз: Добавочная доля правого легкого.

В связи с наличием хронического гнойного процесса в добавочной доле после предоперационной подготовки, включавшей лечебные бронхоскопии, 29.07.1993г. произведена операция – торакотомия справа, удаление добавочной доли правого легкого. При ревизии выявлено, что добавочная доля находится в состоянии белого ателектаза, а его бронх отходит от трахеи на уровне отхождения правого главного бронха. Выполнено удаление добавочной доли путем наложения аппарата УО-30 на её корень после перевязки тонких сосудов. Культа бронха укреплена 8-образными швами. Грудная клетка закрыта с фиксированием одного дренажа к куполу гемоторакса кетгутовым швом и подведением другой дренажной трубки в задний синус. Патоморфологическое заключение №5407-5409: добавочная доля с выраженными явлениями воспаления в стенке бронхов.

Послеоперационный период без осложнений. Выписана 13.08.1993г. в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение у педиатров и пульмонологов.

У другого пациента добавочная доля сочеталась с простой гипоплазией и аневризмой нижней легочной вены. Добавочная доля не была удалена в связи с отсутствием воспалительных и других патологических изменений.

Клиническое наблюдение.

Пациент Ж., 18 лет, история болезни №464, поступил в ННЦХ им. А.Н.Сызганова 12.02.1996г.

Жалобы: на кашель с выделением гнойной мокроты, на слабость и недомогание, тупые боли в грудной клетке справа. Анамнез заболевания: болеет с раннего детского возраста. Ежегодные частые (2-3 раза) простудные заболевания, постоянный кашель с отделением слизистой и гнойной мокроты. В связи с призывным возрастом был обследован в медкомиссии Военкомата и направлен в противотуберкулезный диспансер. После исключения туберкулеза направлен в ННЦХ им. А.Н.Сызганова на обследование и лечение.

При поступлении состояние средней тяжести. Грудная клетка симметричная, не деформирована.

В легких везикулярное дыхание, справа сухие хрюпты. Тоны сердца ритмичные, чистые. АД 110/60 мм рт. ст. Пульс 66 ударов в мин. Обзорная рентгенограмма органов дыхания: порок развития нижней доли правого легкого. Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит (преимущественно нижнедолевой) в стадии умеренного обострения. Аномалия архитектоники правого бронхиального дерева: в шпоре верхней доли дополнительный бронх. Бронхография справа: простая гипоплазия средней и нижней долей правого легкого, аномальное деление бронхов, верхняя и добавочная доли занимают гемиторакс. При АПГ выявлено, что функциональный кровоток в добавочной доле сохранен, а в средней и нижней долях резко обеднен, сосудистый рисунок деформирован, нижняя легочная вена варикозно извита и расширена. Кровоток в левом легком сохранен, без патологических изменений. УЗИ органов брюшной полости патологических изменений не выявлено. ЭКГ: вертикальное положение электрической оси сердца. Синусовая аритмия, очаговая блокада правой ножки пучка Гиса. ЧСС 67 в минуту. ФВД: умеренное снижение ЖЕЛ, остальные показатели вентиляционной способности легких в пределах нормы. ЖЕЛ 68%, МВЛ 117%, ФЖЕЛ 82%, РВ 109%, индекс Тифло 92%.

Установлен клинический диагноз: простая гипоплазия средней и нижней долей правого легкого. Добавочная доля правого легкого. Аневризма нижней легочной вены правого легкого.

После предоперационной подготовки 23.02.1996г. произведена операция - торакотомия справа, нижняя билобэктомия. На операции выявлено, что верхняя и добавочная доли воздушные, обычного цвета, нижняя и средняя доли бледные, уменьшены в объеме, маловоздушные, тестоватой консистенции, нижняя легочная вена длинная, варикозно расширенная, впадает в левое предсердие. Выполнена нижняя билобэктомия на уровне промежуточного бронха с раздельной обработкой элементов корня, перевязкой эктазированной нижней легочной вены. Культа бронха укреплена 8-образными швами. Грудная клетка закрыта с оставлением дренажной трубы в заднем синусе. Патоморфологическое заключение №1877-1896: простая гипоплазия средней и нижней долей правого легкого, аневризма нижней легочной вены.

Послеоперационный период без осложнений. Выписан 12.03.1996г. в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение у пульмонологов.

Состояние пациентов в отдаленном периоде не ухудшилось, трудоспособность их сохранена.

Таким образом, диагностика добавочной доли является сложной задачей и выявляется случайно при обследовании пациентов по поводу другой патологии легких. Для уточнения диагноза необходимо комплексное обследование в специализированных отделениях. Показанием к оперативному лечению является хроническое воспаление в добавочной доле (легком), не поддающимся консервативному лечению и заключается в удалении доли, содержащей вторичные полостные и склеротические изменения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Есипова И.К., Владимирцева А.Л. К проблеме некоторых врожденных пороков развития легкого // Архив патологии. 1996. Т. 58, № 3. С. 49-54.
2. Стручков В.И., Воль-Энштейн Г.Л., Сахаров В.А. Пороки развития легкого у человека (распознавание и лечение). М.: Медицина, 1969. 239 с.
3. Макаров А.В., Сокур П.П. Врожденные аномалии развития бронхолегочной системы (диагностика, хирургическое лечение) // Український пульмонологічний журнал. 2003. № 2. С. 72-74.
4. Платов И.И. Врожденные заболевания легких, как база для развития воспалительных и нагноительных заболеваний // Республикаанская научно-практическая конференция с международным участием "Нагноительные заболевания легких и плевры". Самарканд, 1998. С. 56.
5. Sbokos S., McMillan J. // British J. Dis. Chest. 1997. V. 71. P. 183-197.

Резюме

Мақалада өкпенің сирек кездесетін тұа біткен ақауы – өкпенің қосымша бөлігі – қарастырылған. Өкпенің қосымша бөлігін анықтау тек арнайы бөлімдерде комплексті тексеруден ету кезінде ғана мүмкін болады. Өкпенің қосымша бөлігінде созылмалы қабыну орын алған кезде ғана оны операция арқылы алғы тастау керек.

Кілттік сөз: өкпенің қосымша бөлігі.

Summary

This article describes how rare malformation of lung, accessory lobe. Early diagnosis of accessory lobe of lung is possible only through an integrated survey in specialized departments. Surgical treatment is indicated in chronic inflammation in an additional percentage and is to remove the abnormal lobe of lung.

Key words: accessory lobe of lung.