

С.Ю.Пушкин, А.С.Бенян, М.А.Медведчиков-Ардия

Торакоскопическая лобэктомия при внутрилегочной секвестрации легкого

ГБУЗ "Самарская областная клиническая больница им. М.И.Калинина": 443095, Самара, Ташкентская, 159

S. Yu. Pushkin, A. S. Benyan, M. A. Medvedchikov-Ardia

Thoracoscopic lobectomy in intrapulmonary lung sequestration

Key words: lung sequestration, thoracoscopy lobectomy.**Ключевые слова:** секвестрация легкого, торакоскопия, лобэктомия.

Секвестрация легких является врожденной аномалией, достаточно редко встречающейся в повседневной клинической практике [1, 2]. Широкое распространение компьютерной томографии (КТ) позволяет чаще диагностировать эту патологию и выделять ее в структуре острых и хронических неспецифических заболеваний легких [3, 4]. Традиционное хирургическое лечение заключается в перевязке аномального сосуда и удалении пораженной части легкого, осуществляемое путем открытой вмешательства [5, 6]. Развитие торакоскопической хирургии на сегодняшний день находится на уровне практически рутинного выполнения торакоскопической лобэктомии в начальных стадиях периферического рака легкого [7]. Однако выполнение анатомических резекций при другой легочной патологии, в т. ч. при врожденных состояниях, носит редкий и казуистический характер [8–10]. Это связано с частым полилобарным и полисегментарным поражением легкого в сопровождении воспалительного и спаечного процессов, что существенно затрудняет выполнение торакоскопической операции. Представленное наблюдение демонстрирует случай успешного выполнения торакоскопической лобэктомии у пациента с врожденной внутрилегочной секвестрацией легкого.

Больной С. 1970 года рождения был госпитализирован в отделение торакальной хирургии 16.01.13 в экстренном порядке с клинической картиной деструктивной пневмонии.

Из анамнеза: заболел остро, когда после эпизода переохлаждения появились лихорадка, сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки. В течение 2 суток состояние ухудшалось, лихорадка и болевой синдром оставались на исходном уровне, кашель стал продуктивным с выделением слизисто-гноной мокроты, появилось транзитное кровохарканье. В общесоматическом стационаре по месту жительства при рентгенографии легких от 15.01.13 была выявлена левосторонняя нижнедолевая деструктивная пневмония. Согласно существующей в Самарской области концепции лечения пациентов с острой инфекционной деструкцией легких в отделениях торакального хирургического профиля больной был направлен в областную клиническую больницу.

При поступлении: жалобы на кашель со слизисто-гноной мокротой, наличие прожилок крови в мокроте, боли в нижнезадних отделах левой половины грудной клетки, повышение температуры тела до 38,6 °С. Общее состояние средней тяжести. Кож-

ный покров и слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Опорно-двигательный аппарат без видимой патологии.

Грудная клетка астенического типа. Видимых деформаций нет. При дыхании имеется отставание левой половины грудной клетки. Частота дыхания – 18 в минуту, имеется одышка смешанного типа при физической нагрузке. При пальпации грудной клетки болезненности, крепитации, отека не определяется, голоевое дрожание усилено слева в нижнезадних отделах. Перкуторно: легочный тон справа во всех отделах грудной клетки, слева – притупление тона в нижнезадних отделах. Аускультация выявила ослабление везикулярного дыхания и наличие влажных мелкопузырчатых хрипов в базальных отделах левого легкого. Бронхофония усилена в проекции этих же сегментов левого легкого. При физикальном обследовании обследования органов кровообращения, пищеварения, мочеиспускания и эндокринной системы патологических изменений не выявлено. В общем анализе крови: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ / л; гемоглобин – 103 г / л; лейкоциты – $8,1 \times 10^9$ / л; скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 56 мм / ч. На обзорной рентгенографии легких – инфильтрация легочной ткани с наличием полостей распада различной формы и размеров слева в нижней доле. При фибробронхоскопии диагностирован диффузный катаральный бронхит.

Предварительный диагноз "левосторонняя нижнедолевая деструктивная пневмония" предполагал дальнейшее специальное обследование, направленное на определение этиологии, характера, размеров, распространенности зоны деструкции легочной ткани. При КТ органов грудной клетки выявлена секвестрация Х сегмента левого легкого с отдельным кровоснабжением из отходящего от грудной аорты сосуда (рис. 1). Секвестрация представлена инфильтратом размерами 4,1 × 2,6 см, в структуре которого определяется жидкостная полость. В патологический процесс также вовлечены VIII и IX сегменты нижней доли легкого, представленные инфильтрацией легочной ткани с очагами распада (рис. 2).

После уточняющей диагностики был поставлен диагноз: "Врожденная внутрилегочная секвестрация нижней доли левого

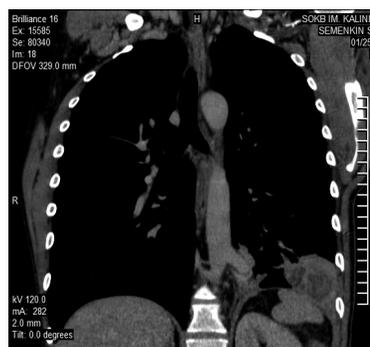


Рис. 1. КТ легких: аномальный сосуд, отходящий от грудной аорты в нижнюю долю левого легкого

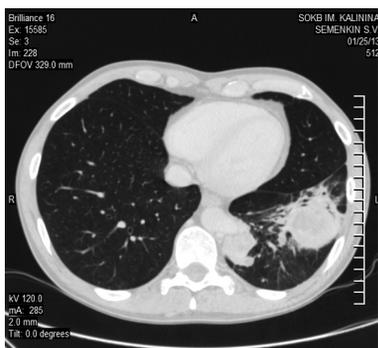


Рис. 2. КТ легких: зоны легочной секвестрации в 8, 9, 10-м сегментах нижней доли левого легкого

легкого. Левосторонняя нижнедолевая деструктивная пневмония". Больному было запланировано этапное лечение, направленное на купирование инфекционно-воспалительного процесса на 1-м этапе и радикальное оперативное вмешательство – на 2-м. Была назначена двухкомпонентная антибактериальная, противовоспалительная, бронхолитическая терапия. Больной был выписан 31.01.13 с клиническим выздоровлением и рекомендациями повторной госпитализации для оперативного лечения. На контрольной рентгенограмме перед выпиской отмечено уменьшение размеров инфильтрации легочной ткани и наличие сухих полосчатых распада.

Повторно пациент был госпитализирован 12.02.13. В общем анализе крови перед операцией: эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ / л; гемоглобин – 123 г / л; лейкоциты – $6,8 \times 10^9$ / л; СОЭ – 40 мм / ч. Исследование функции внешнего дыхания: жизненная емкость легких – 48 %; форсированная жизненная емкость легких – 87 %; объем форсированного выдоха за 1-ю секунду – 56 %. Больному были выставлены показания к анатомической нижней лобэктомии слева посредством видеоторакоскопических технологий. В качестве анестезии выбран эндотрахеальный наркоз с раздельной интубацией бронхов с целью создания однологочной вентиляции в сочетании с грудным перидуральным блоком.

Операция выполнена 15.02.13. Для торакоскопии использовано 4 торакопорта. При осмотре выявлено уменьшение в объеме и инфильтрация нижней доли левого легкого, пальпаторно – очаги уплотнения легочной ткани; нижняя легочная связка также инфильтрирована, утолщена; спаечный процесс между диафрагмальной поверхностью нижней доли легкого и куполом диафрагмы. Легкое поэтапно выделено из сращений. С помощью эндоскопических сшивающих аппаратов и гармонического скальпеля произведены выделение и обработка элементов корня нижней доли в последовательности: артерия, вена, бронх. Затем выделен аномальный сосуд в структуре нижней легочной связки, который также прошит и пересечен (рис. 3). Экстракция удаленной средней доли произведена через расширенный ≤ 5 см троакарный доступ. На разрезе макропрепарата: в легком – сгустки слизи, определяется аномальный сосуд диаметром ≤ 2 см, входящий в ткань легкого и разветвляющийся на множество полостей. Операция завершена расправлением верхней доли легкого и дренированием плевральной полости.

Послеоперационный период без осложнений. Удаление дренажа и снятие швов произведено в должные сроки. Заживление ран первичным натяжением. Гистологическое исследование подтвердило изменения, характерные для секвестрации легкого. Пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии 25.02.13 (на 10-й день после операции). При осмотре спустя 2 мес. после операции состояние больного удовлетворительное, жалоб не предъявляет, послеоперационные рубцы в хорошем состоянии, рентгенологически легкое расправлено.



Рис. 3. Эндофотограмма: этап прошивания аномального сосуда

В описанном клиническом случае реализованы некоторые диагностические и лечебно-тактические подходы в хирургии секвестрации легкого. Так, выполнение КТ всем пациентам с легочной деструкцией позволит чаще выявлять фоновую наследственную патологию. Этапность лечения, заключающаяся в консервативных методах в острую фазу воспаления и радикальном хирургическом вмешательстве по мере купирования инфекционно-воспалительного процесса, традиционно оправдывает себя. Проведение оперативного пособия в объеме удаления пораженной части легкого и перевязке патологического артериального сосуда возможно торакоскопическим способом. Предикторами выполнения торакоскопической операции являются отсутствие выраженного спаечного перипроцесса и воспалительной инфильтрации корня удаляемой части легкого, а также наличие соответствующей материально-технической базы.

Литература

1. Королев Б.А., Шахов Б.Е., Павлушин А.В. Аномалии и пороки развития легких. Н.Новгород: НГМА; 2000.
2. Kestenholz P.B., Schreiber D., Hillinger S. et al. Thoracoscopic treatment of pulmonary sequestration. Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2006; 29: 5: 815–818.
3. Goldstein E., Savel R.H., Ruggiero M. et al. An aberrant systemic blood demonstrated by computed tomographic angiography with 3-dimensional reconstruction. Ann. Thorac. Surg. 2007; 84: 1402.
4. Petersen G., Martin U., Singhal A. et al. Intralobar sequestration in the middle-aged and elderly adult: recognition and radiographic evaluation. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2003; 126: 2086–2090.
5. Georgoff P., Singhal S. Multivessel intralobar pulmonary sequestration. Ann. Thorac. Surg. 2012; 93: 1318.
6. Gezer S., Tastepe I., Sirmali M. et al. Pulmonary sequestration: a single-institutional composed of 27 cases. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2007; 133: 955–959.
7. Loscertales J., Jimenez-Merchan R., Congregado M. et al. Video-assisted surgery for lung cancer. State of the Art and Personal Experience Asian Cardiovascular and Thoracic Annals 2009; 17: 313–326.
8. Разумовский А.Ю., Мутупов З.Б., Алхасов А.Б. и др. Эндохирургическое лечение секвестрации легких у детей. Эндоскопическая хирургия 2008; 2: 47–50.
9. Gonzalez D., Garcia J., Feira E. et al. Video-assisted thoracoscopic lobectomy in the treatment of intralobar pulmonary sequestration. Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. 2011; 12: 77–79.
10. Osaki T., Kodate M., Takagishi T. et al. Unique extralobar sequestration with atypical location and aberrant vessels. Ann. Thorac. Surg. 2010; 90: 1711–1712.

Информация об авторах

Пушкин Сергей Юрьевич – д. м. н., заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ "СОКБ им. М.И.Калинина"; тел.: (846) 956-12-72; e-mail: serpuschkin@mail.ru

Бенян Армен Сисакович – к. м. н., заведующий хирургическим торакальным отделением ГБУЗ "СОКБ им. М.И.Калинина"; тел.: (846) 372-51-80; e-mail: armenbenyan@yandex.ru

Медведчиков-Ардия Михаил Александрович – врач-торакальный хирург ГБУЗ "СОКБ им. М.И.Калинина"; тел.: (846) 956-22-72; e-mail: medvedchikov@list.ru

Поступила 13.05.13
© Коллектив авторов, 2013

УДК 616.24-089.87:617.54-072.1