

УДК 616.24-007.1

**ДОБАВОЧНАЯ ДОЛЯ ЛЕГКОГО***О. Д. Даирбеков, М.М. Сундетов**Национальный научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова, г. Алматы***ТҮЙІН**

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

Под добавочной долей или легким понимают редкую аномалию, при которой наряду с двумя нормально развитыми легкими, в эмбриональном периоде формируется дополнительное небольших размеров легкое, бронхи которого отходят от трахеи или главных бронхов, а сосуды имеют связь с малым кругом кровообращения. Если бронх отходит от трахеи, а паренхима имеет междольевые щели и самостоятельный плевральный покров, его называют добавочным легким. 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. Этот вариант встречается более часто. 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 научной литературе описаны единичные наблюдения [1, 2, 3, 4]. Аномальное легкое (доля) участвует в газообмене, ничем не проявляя себя на протяжении всей жизни человека и обнаруживается случайно при бронхографии, торакальной операции или аутопсии. В большинстве же случаев аномалия распознается при появлении клинической симптоматики, связанной с вторичным воспалительным процессом (нагноение или туберкулез). Клинические проявления в подобных случаях мало чем отличаются от симптоматики воспалительных процессов на почве других пороков развития легких. Уточнить диагноз в ряде случаев помогают бронхография и ангиопульмонография (АПП), при которых удается выявить бронхи и сосуды добавочной доли или легкого. 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: болен 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 клетке, 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 хрипы. 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, культя нижней доли и язычковых сегментов левого легкого. Бронхография слева: легкое после удаления нижней доли и язычковых сегментов, деформирующий бронхит S1-2-3. 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 гнояного 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. Культи бронха укреплены 8-образными швами. Грудная клетка закрыта с фиксированием одного дренажа к куполу гемиторакса кетгуттовым швом и подведением другой дренажной трубки в задний синус. Послеоперационный период без осложнений. Патоморфологическое заключение №5407-5409: добавочная доля с выраженными явлениями воспаления в стенке бронхов.

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 состоянии средней тяжести. Грудная клетка симметричная, не деформирована. В легких везикулярное дыхание, справа сухие хрипы. 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 на  $\frac{3}{4}$  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 Тиффо 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. При ревизии 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. Культи бронха укреплены 8-образными швами. Грудная клетка закрыта с оставлением дренажной трубки в заднем синусе. Послеоперационный период без осложнений. Патоморфологическое заключение №1877-1896: простая гипоплазия средней и нижней долей правого легкого, аневризма нижней легочной вены.

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, Т. 58, 3, 1996, с. 49-54.
2. Макаров А.В., Сокур П.П. Врожденные аномалии развития бронхолегочной системы (диагностика, хирургическое лечение) // Український пульмонологічний журнал.- 2003.-№2.- С.72-74.
3. Платов И.И. Врожденные заболевания легких, как база для развития воспалительных и нагноительных заболеваний // Республиканская научно-практическая конференция с международным участием "Нагноительные заболевания легких и плевры", Самарканд, 1998, С.56.
4. Sbokos S., McMillan J. // British J. Dis. Chest. – 1997. – Vol. 71. – P.183-197.