

Секвестрация легких - это порок развития, который характеризуется двумя признаками: отсутствием связи пораженного участка с бронхиальной системой легкого и кровоснабжением из аномальных (аберрантных) артерий, отходящих непосредственно от аорты или ее ветвей.

Принято различать внутрислоевую и внедроловую секвестрацию.

Внутрислоевая секвестрация - изменения чаще всего локализируются в заднемедиальном отделе нижней доли левого (реже правого, легкого), представляют собой кисту или группу кист бронхогенного типа, выстланных изнутри цилиндрическим или многослойным плоским эпителием, первично не сообщаются с бронхиальным деревом и заполнены слизистой жидкостью. К ним подходит артериальный сосуд, начинающийся чаще всего на боковой поверхности нисходящего отдела грудной аорты и проходящий в толще легочной связки. Венозный отток из аномально развитой зоны осуществляется через легочные вены. В кисте (или кистах) рано или поздно начинается нагноение. Нет различий в частоте этой патологии в обоих легких.

При внутрислоевой форме секвестрированный участок не имеет своего плеврального листка и находится среди воздушной легочной ткани, но обязательно имеет один или несколько аберрантных сосудов. Связей секвестрированного участка с окружающей легочной тканью через нормальные бронхи, ветви легочной артерии и вены, как правило, нет.

Внедроловую секвестрацию (добавочное легкое, или доля, с аномальным кровоснабжением) с формированием добавочного недоразвитого органа (киста или группа кист) вне нормально функционирующего легкого и васкуляризацией первого артерией или артериями большого круга. При внедроловой форме секвестрированный участок имеет собственную висцеральную плевру и может располагаться в междолевых щелях, средостении, полости перикарда, под диафрагмой, в толще грудной стенки, на шее. Кровоснабжение осуществляется аберрантным сосудом, отходящим чаще от грудной или брюшной аорты. Имеются сообщения о кровоснабжении секвестрированного участка легкого из системы легочной артерии при внедроловой форме.

Описано одновременное существование внутрислоевой и внедроловой секвестрации.

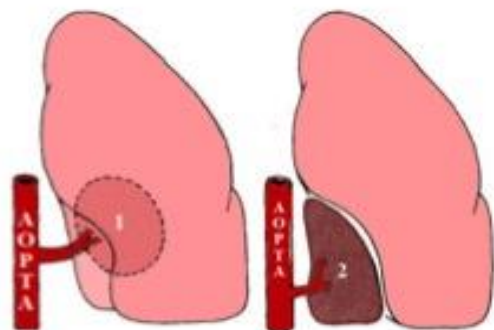


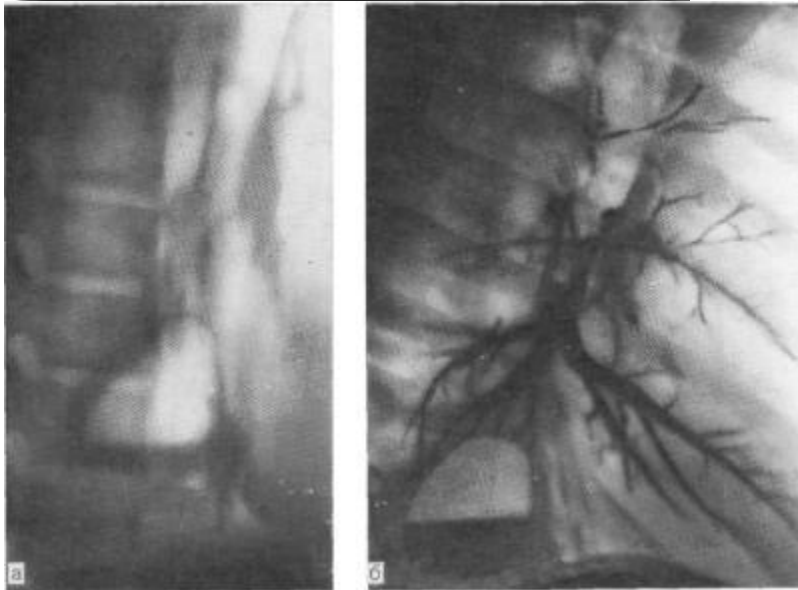
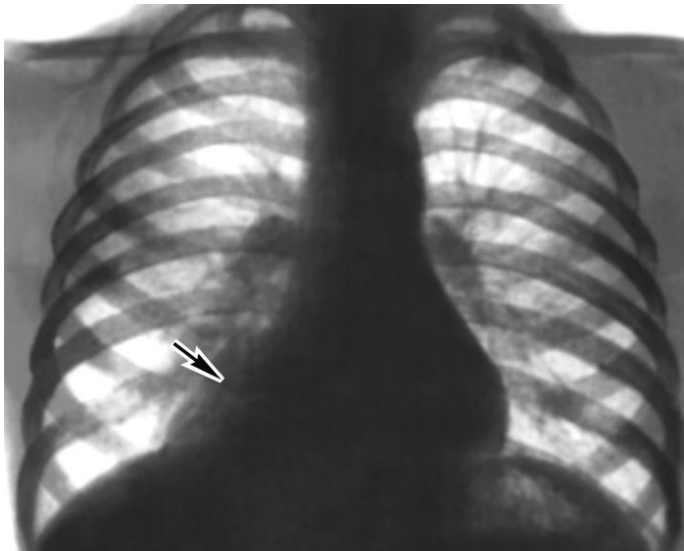
Рисунок 2. Секвестрация легкого.

- 1- внутрислоевая**
- 2- внедроловая**

Клинические проявления.

Клинические проявления при секвестрации легкого зависят от типа секвестрации, размеров секвестрированного участка и выраженности аномального кровообращения.

У ряда пациентов патология может быть выявлена случайно, при рентгенологическом исследовании органов грудной полости. На рентгенограммах гомогенные интенсивные тени с четкими контурами.



При бронхографии контрастное вещество в патологическое образование не попадает.

Также возможна и другая симптоматика.

В течение длительного времени больных беспокоит сухой или продуктивный кашель, а в периоды обострения возможно появление гнойной мокроты, умеренных болей в груди на стороне поражения, одышки при физической нагрузке, симптомов интоксикации: слабости, утомляемости, потливости. То есть отмечались признаки хронического воспалительного процесса в легких; симптомы интоксикации. В дальнейшем заболевание может приобрести хроническое течение, сопровождаясь периодическими обострениями и ремиссиями. Иногда, наряду с выделением гнойной мокроты, отмечается кровохарканье и даже профузное легочное кровотечение.

Больные поступают в клинику с различными диагнозами: деструктивная пневмония (БДЛ), абсцесс легкого, киста легкого, опухоль грудной полости, туберкулез легкого. Часто они безрезультатно получают противовоспалительную терапию, в том числе и у фтизиатров. Использование обычных рентгенологических методов исследования не всегда позволяет однозначно интерпретировать их результаты. В результате у части больных окончательный диагноз устанавливается в ходе оперативного вмешательства.

Диагностика.

Больным выполняется комплекс диагностических процедур, включающих в себя различные варианты рентгенологической диагностики: рентгенография грудной клетки, томография, МСКТ, бронхография, бронхоскопия, аортография, ангиопульмонография.

Физикальное исследование обычно дает мало опорных пунктов для диагностики секвестрации.

Рентгенологически в базальном отделе легкого обнаруживаются киста, группа кист с более или менее выраженной перифокальной инфильтрацией или же затенение неправильной формы, в толще которого при томографии часто выявляется полость. В отдельных случаях на томограммах удается обнаружить крупный сосуд, идущий от аорты к патологическому образованию в легком. На бронхограммах бронхи в зоне секвестрации деформированы или умеренно расширены, иногда оттеснены в сторону кистозным образованием. Контрастирование кисты удается редко. Таким образом, при рентгенологическом обнаружении кист и кистоподобных образований в заднебазальных отделах нижних долей всегда следует помнить о возможности внутрислоевой секвестрации легкого.

С достоверностью диагноз можно установить при селективной аортографии и мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки в ангиорежиме, подтверждающей существование аномальной артерии, обычно являющейся ветвью аорты и питающей область секвестрации.



Лечение Секвестрации Легкого:

Лечение секвестрации легкого *оперативное*. Удаляют долю (обычно нижнюю), содержащую аномально развитый участок легочной ткани.

