

# КИСТОЗНАЯ ГИПОПАЗИЯ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО

А.М. Ходжибаев, А.Т. Эрметов, М.О. Кобиллов, Ш.У. Султонов

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

## CYSTIC HYPOPLASIA OF THE RIGHT LUNG UPPER LOBE

A.M. Khodjibaev, A.T. Ermetov, M.O. Kobilov, Sh.U. Sultonov

Tashkent regional branch of Republican Research Centre of Emergency Medicine

В статье описан случай интраоперационной диагностики первичной изолированной аномалии развития, кистозной гипоплазии верхней доли правого легкого. Больной оперирован по поводу пневмоторакса справа, дыхательной недостаточности, развившейся после дренирования плевральной полости. Правильная диагностика и тактика операции позволили радикально устранить проблему и избежать повторных операций несмотря на позднее определение возникновения пневмоторакса.

**Ключевые слова:** кистозная гипоплазия легкого, пневмоторакс, порок развития бронхолегочной системы.

The article describes a case of intraoperative diagnosis of a primary isolated developmental anomaly, cystic hypoplasia of the upper lobe of the right lung. The patient was operated for pneumothorax on the right, respiratory failure of the II degree, which developed after drainage of the pleural cavity. Correct diagnosis and tactics of the operation made it possible to radically eliminate the problem and avoid repeated operations, despite the late determination of the occurrence of pneumothorax.

**Key words:** cystic hypoplasia of the lung, pneumothorax, malformation of the bronchopulmonary system.

УДК: 616.24-006.2-007.21

### Введение

Пороки развития бронхолегочной системы являются одной из наиболее сложных диагностических, патогенетических и лечебных проблем современной пульмонологии и торакальной хирургии. Кистозная гипоплазия (поликистоз, врожденная кистозная мальформация, кистозно-аденоматозный порок) лёгких по частоте встречаемости занимают первое место среди всех аномалий развития бронхолегочной системы [1]. По данным современных авторов, при этой патологии легких летальный исход отмечается в 71–95% наблюдений у новорожденных. У взрослых диагностируется в 9–14 случаях на 100 000 населения. Порок чаще выявляется у лиц мужского пола. Однако считается, что истинная частота заболеваемости выше этих показателей, поскольку слабо выраженная степень гипопла-

зии легких не диагностируется и соответственно не учитывается, а новорожденные выживают [3].

Гипоплазией легких обозначают недоразвитие всех структурных элементов легких: бронхов, паренхимы, кровеносных сосудов. Основные морфологические изменения при кистозной гипоплазии связаны с врожденным недоразвитием или даже почти полным отсутствием в определенных участках легкого его респираторных отделов. Свое название порок получил из-за своеобразной трансформации неправильно (порочно) сформированных бронхов, образующих кистоподобные полости [2, 3].

### Описание клинического случая:

Больной Н., 1967 г.р., поступил 25.06.2019 г. с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку, затруднение дыхания и слабость. Из анамнеза: со слов больного 18.06.2019 г. при профилактическом медицин-



Рис. 1. Правосторонний пневмоторакс

ском осмотре в поликлинике, на рентгенографии грудной клетки выявлен правосторонний пневмоторакс (рис. 1). После чего была произведена МСКТ органов грудной клетки (рис. 2), при которой также диагностирован правосторонний пневмоторакс, легочная ткань других частей легкого без патологии.

С заключениями исследований направлен в городское медицинское объединение по месту жительства. Больной госпитализирован с диагнозом: «Спонтанный пневмоторакс справа». Была произведена пункция и дренирование правой плевральной полости. На 3-и сутки после дренирования дренажная трубка удалена и больной был выписан. Со слов больного, после дренирования сохранялись жалобы на одышку, затрудненное дыхание, усилившиеся после выписки. В связи с чем самотеком больной обратился в ТОФ РНЦЭМП.

**Объективно:** общее состояние при поступлении средней тяжести. Грудная клетка цилиндрической формы, правая половина не участвует в акте дыхания. ЧДД 22/мин. Пальпаторно: болезненности нет. Подкожной эмфиземы нет. Перкуторно: справа коробочный звук, слева легочный звук. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева везикулярное дыхание. Гемодинамика стабильная.

**Из обследований:** Общий анализ крови: Нв – 102 г/л, эрит. – 3.8, лей. – 5.7 тыс., СОЭ – 4, Нт – 36%.

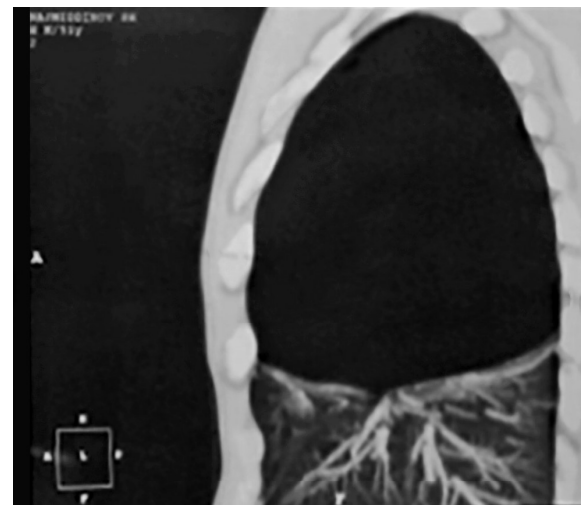
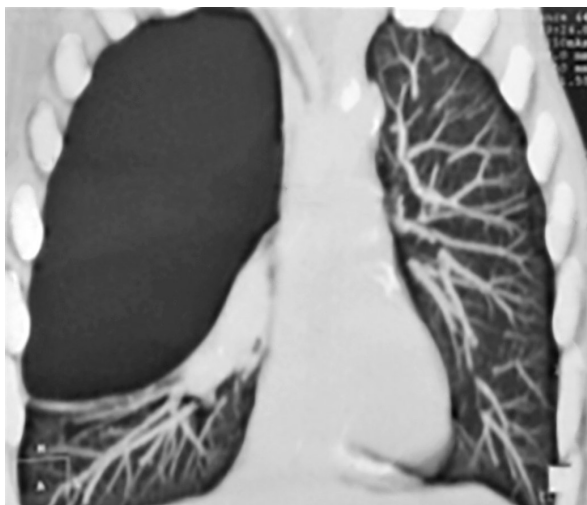
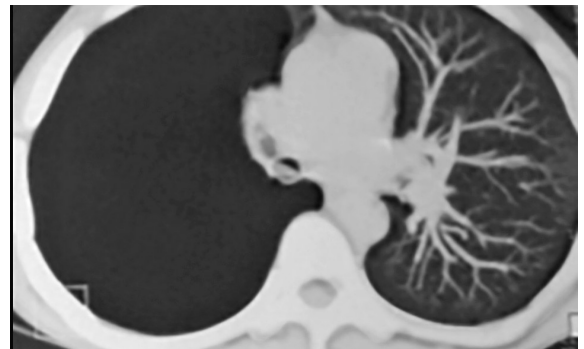
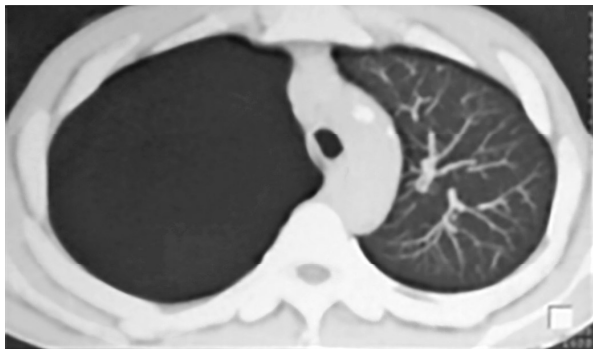


Рис. 2. Правосторонний пневмоторакс. Состояние до дренирования плевральной полости



**Рис. 3.** Гигантская киста верхней доли правого легкого

На рентгенографии грудной клетки: гигантская киста верхней доли правого легкого, пневмоторакс справа (рис. 3).

Установлен предварительный диагноз: Оsn: Киста верхней доли правого легкого. Дренирование правой плевральной полости 18.06.2019 г. Осл: Пневмоторакс справа, дыхательная недостаточность II степени.

Под общим эндотрахеальным наркозом выполнена операция: «Торакоскопия справа. Торакотомия справа». Интраоперационно: правое легкое колабировано. Имеется выраженный спаечный процесс. В правой плевральной полости – около 100 мл жидкости серозного характера. Определяется кистозная гипоплазия верхней доли правого легкого. В верхней доле имеется толстостенная киста, размерами 25×20 см, за-

полняющая 2/3 плевральной полости (рис. 4). В верхушечной области в проекции 2 межреберья имеется отверстие диаметром до 0,5 см (рис. 5) после торакоцентеза от 18.06.2019 г. Киста воздушная, не полностью спавшаяся, в полости имеется жидкость около 200 мл серозного характера. Средняя и нижняя доля не изменены, адекватно, равномерно расправляются. Произведена кистэктомия (рис. 6), при которой выявлен бронхиальный свищ диаметром до 0,2 мм. Свищ ушит. Связь между кистой, крупным бронхом и сосудами не определяется. При дальнейшей ревизии другой патологии не выявлено. Операция закончена дренированием плевральной полости.

Послеоперационный диагноз: Оsn: Кистозная гипоплазия верхней доли правого легкого. Состояние после операции – дренирование правой плевральной полости. Осл: Пневмоторакс справа, дыхательная недостаточность II степени.

Послеоперационный период протекал гладко. Больной на 5-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии переведен для продолжения лечения по дислокации.

### Заключение

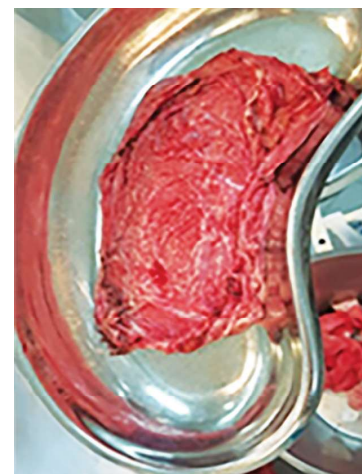
Гипоплазия легких при двухсторонних и выраженных степенях одностороннего поражения является непосредственной причиной смерти из-за неустранимой асфиксии. Изолированная аномалия развития – кистозная гипоплазия одной доли легкого является редким клиническим состоянием и требует пристального внимания и клинической настороженности.



**Рис. 4.** Интраоперационный вид кисты легкого



**Рис. 5.** Состояние после удаления кисты легкого (ложе удаленной кисты)



**Рис. 6.** Удаленная киста

### Список литературы

1. Антипина О.Н., Баглушкин С.А., Пачерских Ф.Н., Растомпахова Т.А., Дудина Е.Н. Гипоплазия легкого. Сибир мед журн 2000; 8:24–26.
2. Гаврисюк И.В., Рудиченко В.М., Кушнерова М.А. Кистозная гипоплазия легких: клиническое наблюдение. Укр. пульмон. журн. 2014; 1:13–17.
3. Овсянников Д.Ю., Фролов П.А., Семенов П.А. Врожденная мальформация дыхательных путей. Педиатрия. 2018; 97(1):152–161.

## ЎНГ ЎПКА ЮҚОРИ БЎЛАГИ КИСТОЗ ГИПОПАЗИЯСИ

А.М. Ходжибоев, А.Т. Эрметов, М.О. Кобиров, Ш.У. Султонов

Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Тошкент вилоят филиали

Мақолада беморнинг ўнг ўпка юқори бўлаги кистоз гипоплазиясининг бирламчи нуқсонли ривожланишининг интраоперацион диагностикаси ҳолати ёритилган. Беморга плевра бўшлиғини дренажлаш амалиётидан кейин юзага келган пневмоторакс ва нафас етишмовчилиги бўйича операция ўтказилган. Пневмотораксни кечикиб аниқланишига қарамасдан, тўғри диагностика ва операция тактикаси, муаммоларни тубдан бартараф этиб, қайта операция ўтказишга олиб келмас эди.

**Калит сўзлар:** ўпка кистоз гипоплазияси, пневмоторакс, бронх-ўпка системасининг ривожланиш нуқсонлари.

### Сведения об авторах:

Абдулазиз Муминович Ходжибоев – кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением Ташкентского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.  
Тел.: +998901883007.

Азиз Ташметович Эрметов – доктор медицинских наук, директор Ташкентского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.  
Тел.: +998913442068.

Максуд Озодович Кобиров – ординатор хирургического отделения Ташкентского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.  
Тел.: +998974413611.

Шавкат Умарович Султонов – ординатор хирургического отделения Ташкентского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.  
Тел.: +998901153030.

### Information about authors:

Abdulaziz Muminovich Khodjiboev – PhD, Head of the Surgical Department of Tashkent Regional Branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine.  
Tel.: +998901883007.

Aziz Tashmetovich Ermetov – MD, Director of Tashkent regional branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine.  
Tel.: +998913442068.

Maksud Ozodovich Kobirov – Resident of the surgical department, Tashkent regional branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine.  
Tel.: +998974413611.

Shavkat Umarovich Sultonov – Resident of the surgical department, Tashkent regional branch of the Republican Scientific Center of Emergency medicine.  
Tel.: +998901153030.

Поступила в редакцию 08.02.2021