

УДК 616.24-007.63-053.2

DOI: 10.36979/1694-500X-2025-25-9-74-82

ВРОЖДЁННАЯ ЛОБАРНАЯ ЭМФИЗЕМА У ДЕТЕЙ

К.М. Мыкыев

Аннотация. Врожденная доленая эмфизема (ВЛЭ) – редкая аномалия легких, характеризующаяся чрезмерным расширением одной или нескольких долей без разрушения альвеол. Симптомы болезни малоспецифичны, что затрудняет раннюю диагностику заболевания. В данной статье изучены 9 пациентов с врожденной доленой эмфиземой, прооперированных в 2006–2025 годы в отделении торакальной хирургии и патологии новорожденных ГКБ СМП г. Бишкека. Выявлено в возрасте: до 2-х месяцев – 4 (44,4 %), 3–6 месяцев – 2 (22,2 %), до 2-х лет – 1 (11,1 %), до 3-х – 1 (11,1 %), старше 8 лет – 1 (11,1 %) случаев заболевания. Мальчиков было 4 (44,4 %), девочек – 5 (55,6 %). По локализации: верхняя доля правого легкого – 4 (44,4 %), нижняя доля правого легкого – 3 (33,3 %) случая, верхняя доля левого легкого – у 2-х (22,2 %) больных. По клиническим проявлениям острая форма врожденной доленой эмфиземы обнаружена у 6 (66,7 %), субкомпенсированная – у 2 (22,2 %) и компенсированная – у одного (11,1%) больного. Целью исследования было изучить особенности возрастных и клинических данных, локализации врожденной доленой эмфиземы в легких.

Ключевые слова: врожденная доленая эмфизема легких; дети; декомпенсированная форма; субкомпенсированная форма; компенсированная форма.

БАЛДАРДАГЫ ТУБАСА ЛОБАРДЫК ЭМФИЗЕМА

К.М. Мыкыев

Аннотация. Тубаса лобардык эмфизема (ТЛЭ) – сейрек кездешүүчү өпкө аномалиясы, бир же бир нече бөлүктөгү альвеолалардын өтө кеңейиши менен мүнөздөлөт жана оорунун белгилери өзгөчөлүк белгиде эмес болгондуктан, ооруну эрте аныктоо кыйынга турат. Бул макалада Бишкек шаардык медициналык тез жардам балдар клиникалык ооруканасынын көкүрөк хирургия жана ымыркайлар оорулар бөлүмүндө 2006-2025-жылдары операция болгон ТЛЭ менен 9 бейтап изилдеген. Жашы: 2 айга чейин – 4 (44,4 %), 3–6 айга – 2 (22,2 %), 2 жашка чейин – 1 (11,1 %), 3 жашка чейин – 1 (11,1 %), 8 жаштан жогоркулар – 1 (11,1 %) учур. Балдар – 4 (44,4 %), кыздар – 5 (55,6 %) учур. Өпкөдө жайгашканы боюнча: оң өпкөнүн жогорку үлүшү – 4 (44,4 %), оң өпкөнүн төмөнкү үлүшү – 3 (33,3 %), сол өпкөнүн жогорку үлүшү 2 (22,2 %) оорулууларда аныкталган. Клиникалык көрүнүшү боюнча ТЛЭнын курч түрү – 6 (66,7 %), субкомпенсацияланганы – 2 (22,2 %) жана компенсацияланганы бир ооруда (11,1%) табылган. Изилдөөнүн максаты – жаш курактыгын, клиникалык белгилеринин өзгөчөлүктөрүн, жана өпкөдө ТЛЭнын жайгашкан түрүн изилдөө болгон.

Түйүндүү сөздөр: тубаса өпкө эмфиземасы; балдар; декомпенсацияланган түрү; субкомпенсацияланган түрү; компенсацияланган түрү.

CONGENITAL LOBAR EMPHYSEMA IN CHILDREN

К.М. Мыкыев

Abstract. Congenital lobar emphysema (CLE) is a rare lung anomaly characterised by excessive enlargement of one or more lobes without destruction of the alveoli. The symptoms of the disease are non-specific, which makes

early diagnosis difficult. This article examines nine patients with CPE who underwent surgery between 2006 and 2025 in the Department of Thoracic Surgery and Neonatal Pathology at the Bishkek City Children's Hospital. The age at diagnosis was: up to 2 months – 4 (44,4 %), 3–6 months – 2 (22,2 %), up to 2 years – 1 (11,1 %), up to 3 years – 1 (11,1 %), over 8 years – 1 (11,1 %) cases. Boys – 4 (44,4 %), girls – 5 (55,6 %) cases. By location: upper lobe of the right lung – 4 (44,4 %), lower lobe of the right lung – 3 (33,3 %), upper lobe of the left lung in 2 (22,2 %) patients. By clinical manifestation, acute form of VLE was found in 6 (66,7 %), subcompensated form in 2 (22,2 %) and compensated form in one (11,1 %) patient. The aim of the study was to study the features of age and clinical data, localization of congenital lobular emphysema in the lungs.

Keywords: congenital lobar pulmonary emphysema; children; decompensated form; subcompensated form; compensated form.

Введение. Врожденная долевая (лобарная) эмфизема (ВЛЭ) – редкая аномалия развития легких, характеризующаяся чрезмерным расширением одной или нескольких долей легких без разрушения альвеол и в первую очередь обусловлена дефектом бронхиального хряща [1]. Врожденная лобарная эмфизема (синонимы – врожденная локализованная эмфизема, гигантская эмфизема, эмфизема напряжения) – порок развития, характеризующийся растяжением паренхимы доли легкого или его сегмента и выявляющийся преимущественно в период новорожденности и младшем детском возрасте [2]. Впервые она была описана Нельсоном в 1932 г., а затем Робертсоном и Джеймсом – в 1951 г. [3, 4]. Ее частота составляет 1 случай на 70000–100000 новорожденных [2, 5, 6] и составляет от 4,6 до 14 % всех врожденных аномалий дыхательной системы [2, 7]. По данным некоторых авторов, частота ВЛЭ встречается в одном случае из 20000–30000 живорождений [8, 9].

Клинические проявления ВЛЭ зависят от объема поражения и степени компрессии здоровых участков легкого и время возникновения синдрома внутригрудного напряжения сопровождается ранними проявлениями расстройства дыхания в виде одышки, цианоза, тахикардии [2, 5]. Одна треть случаев проявляется симптоматикой при рождении, и почти все они диагностируются в течение первых 6 месяцев жизни [10–12]. М.Р. Рокицкий сообщает, что из 17 прооперированных больных с ВЛЭ в 3-х случаях выставлен правильный диагноз, а 14 детей лечились с диагнозами: ателектаз лёгкого, пневмоторакс, напряженная киста лёгкого, пневмония, декстрокардия [13]. По клиническому течению ВЛЭ рекомендуется разделять на острые

и хронические [2]. В зависимости от тяжести клинических проявлений и степени выраженности ВЛЭ Ю.Ф. Исаков и соавт. (1978) выделяют декомпенсированную, субкомпенсированную и компенсированную формы [14]. N.A. Myers описал три клинических типа врожденной лобарной эмфиземы: I тип – у детей раннего возраста с выраженной клинической симптоматикой; II тип – у детей более старшего возраста; III тип – бессимптомная, выявляемая как случайная находка. II и III типы встречаются редко [15].

Наиболее частым наблюдением этого заболевания является поражение левой верхней доли (43 %), за которой следует поражение правой средней доли (32 %) и правой верхней доли (21 %), а локализация в нижней доле (2 %) является редкой формой [10–12, 16, 17].

Для диагностики проводят рентгенографию, бронхоскопию, компьютерную томографию. Рентген грудной клетки и КТ демонстрируют классические результаты в гипервентиляции доли, сжатие соседних долей и выпячивание через переднее средостение, что вызывает смещение средостения [18].

Тактика лечения зависит от тяжести проявления заболевания. Врожденная лобарная эмфизема может лечиться консервативно и оперативно. Хирургическое лечение проводят у младенцев младше 2 мес., которые в течение 2 мес. имеют тяжелую дыхательную недостаточность [2].

Таким образом, врожденная лобарная эмфизема – это редкая патология и причины возникновения связаны с пороками развития дыхательной системы, внутриутробной инфекцией. Симптомы болезни малоспецифичны, что затрудняет раннюю диагностику заболевания. Лечение у новорожденных в тяжелых случаях

оперативное. При умеренных респираторных нарушениях рекомендуется консервативное лечение. Для правильной диагностики и лечения могут потребоваться консультации следующих специалистов: неонатологов, радиологов, педиатров, детских пульмонологов, детских хирургов, торакальных хирургов [1].

Цель исследования – изучить по материалам отделения торакальной хирургии ГДКБ СМП, особенности клинических и возрастных данных, частоты локализации прооперированных детей с ВЛЭ за 2006–2025 гг.

Материалы и методы исследования. В период 2006–2025 гг. в отделении торакальной хирургии и патологии новорождённых пролечено 9 пациентов с врождённой лобарной эмфиземой (ВЛЭ) легких. Всем больным после изучения анамнеза болезни проводился общий объективный осмотр, локальный осмотр грудной клетки, перкуторные и аускультативные методы исследования. Проводились общеклинические анализы, обзорная рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях, КТ-исследования.

Результаты и обсуждение. Мальчики встретились в 4-х (44,4 %), девочки в – 5 (55,6 %) случаях. В возрастном аспекте: до 2-х месяцев – 4 (44,4 %) случая, 3–6 месяцев – 2 (22,2 %), до 2-х лет – 1 (11,1 %), до 3-х лет 1 (11,1 %), старше 8 лет (11,1 %) – в 1 случае. По локализации ВЛЭ отмечено: верхняя доля правого лёгкого у 4 (44,4 %), нижняя доля правого лёгкого – у 3 (33,3 %), верхняя доля левого лёгкого в 2-х (22,2 %) случаях. По клиническим проявлениям при обзорной рентгенографии органов грудной клетки форма лобарной эмфиземы (декомпенсированная) как острая отмечена у 6 (66,7 %) больных, субкомпенсированная форма – у 2 (22,2 %) и компенсированная форма как случайная находка – в одном случае (11,1 %).

При изучении жалоб у больных острой (декомпенсированной) формой лобарной эмфиземы отмечалась картина острой дыхательной недостаточности в виде выраженной одышки, кашель, беспокойство, цианоз, тахикардия. При локальном осмотре почти у всех наблюдалось увеличение объема грудной клетки на стороне поражения, и отставание – в акте дыхания.

Перкуторно отмечалось усиление легочного звука коробочным оттенком. Смещения сердечной тупости в противоположную сторону. Аускультативно на фоне усиленного дыхания наблюдалось ослабление дыхания над пораженным участком и проводные хрипы.

При поступлении больных с субкомпенсированной формой лобарной эмфиземы жалобы были на периодическую одышку, беспокойство ребёнка, сухой кашель. При объективном осмотре отмечалось вздутие грудной клетки на стороне поражения, симптом “западение грудины” во время одышки.

Приводим примеры из клинических случаев с острой декомпенсированной формой врождённой лобарной эмфиземы.

Клинический случай 1

Больной С.А., 25.06.2024 г.р., возраст 2 мес., история болезни № 19690. Жалобы, со слов мамы, на одышку, усталость и цианоз у ребёнка во время кормления. Со слов мамы, 16.08.2024 г. стало отмечаться беспокойство, одышка во время кормления грудью. Обратились в Баткенскую областную больницу, где был выставлен диагноз: Острая правосторонняя верхнедолевая пневмония тяжелой степени, неуточненная с обструктивным синдромом. Получал лечение с 19.08 по 27.08.2024 г. По настоянию родителей выписан и поступил в НЦОМД г. Бишкека, где лечился с 27.08 по 11.09.24 г. с диагнозом: Внебольничная двухсторонняя пневмония, тяжелое течение. ВПС ОАП, ООО. Лобарная эмфизема верхней доли левого лёгкого. Переведен в ГДКБ СМП отделение патологии новорождённых для хирургического лечения. В анамнезе жизни от 4-й беременности, 4-х родов. Роды и беременность протекали без патологии, кричал сразу. ВПР – 3195,0 г. Выписан из роддома на 3-е сутки. Общее состояние при поступлении тяжёлое за счёт симптомов дыхательной недостаточности. Одышка ЧД – 60 в 1 минуту, SpO_2 – 82–89 %, отмечается втяжение межреберий, в сознании, беспокойный, большой родничок $1,5 \times 1,5$ см, не выбухает и ненапряжён.

Кожные покровы бледно-розовые, глаза открывает, следит за движением. Аускультативно в лёгких жесткое дыхание, проводится свободно, слева ослабленное, проводные сухие



Рисунок 1 – а) Обзорная рентгенография при поступлении; б) КТ легкого

хрипы. Со стороны сердца аускультативно тоны приглушены. Со стороны других органов без патологии.

Анализ крови от 12.09.2024 г.: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 106 г/л; ЦП – 0,8; лейкоциты – $7,7 \times 10^9/л$; палочкоядерные – 4 %; сегментоядерные – 33 %; эозинофилы – 0 %; моноциты – 5 %; лимфоциты – 58 %; СОЭ – 4 мм/ч.

Общий билирубин от 12.09.2024 г.: 10,2 ммоль/л; прямой билирубин 8,4 ммоль/л; АЛТ – 31 Ед/л; АСТ – 33 Ед/л; СРБ – 7 мг/л.

Коагулограмма от 12.09.2024 г.: протромбиновое время – 13,4 сек, протромбиновый индекс – 93 %; фибриноген – 3448 мг/л.

Электролиты крови от 12.09.2025 г.: кальций – 2,1 ммоль/л; магний – 0,8 ммоль/л; калий – 3,74 ммоль/л; фосфор – 0,85 ммоль/л; натрий – 138,3 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости от 12.09.2024 г.: печень не увеличена, однородная. Желчный пузырь не увеличен, стенки не утолщены.

УЗИ почек от 12.09.2024 г.: почки не увеличены, однородные. ЧЛС не расширены.

УЗИ головного мозга от 12.09.2024 г.: паренхима головного мозга однородная. Боковые желудочки по 4 мм, не расширены. Смещение срединных структур нет. Очаговой патологии нет.

ЭКГ от 14.09.2024 г.: синусовая выраженная тахикардия, ЧСС – 172 ударов в 1 минуту (беспокойный). Вертикальная позиция ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Обзорная рентгенография органов грудной клетки от 14.09.2024 г.: левое лёгкое кистозно раздутое и пролабирует в правое средостение. Синдром “медиастинальной грыжи”. Тень органов сред-

стения смещена вправо (рисунок 1, а). При КТ органов грудной клетки от 07.09.2024 г.: в прикорневых отделах верхней доли S3 левого лёгкого, в S4/5 сегментах левого лёгкого зоны гипервентиляции, в S1/2/3 сегментах левого лёгкого бронхлегочная дисплазия? В нижних долях картина зон гиповентиляции легочной ткани (рисунок 1, б).

Операция 20.09.2024 г. Торакотомия слева, верхнедолевая лобэктомия (опер. Мыкыев К.М.). Под эндотрахеальным наркозом, переднебоковым доступом слева в VI межреберье послойно вскрыта грудная клетка. Гемостаз. В рану предлежала верхняя доля легкого, полностью раздутая шарообразно, не спадается, нижняя доля поджата (рисунок 1, в). Произведено выделение верхнедолевой артерии, которая перевязана и ушита шелком. Верхнедолевой бронх и вена взяты вместе. После тщательного освобождения сращений легкого с нижней долей перевязана, ушита шелком и произведена верхнедолевая лобэктомия. Контроль на гемостаз и герметичность культи. Нижняя доля хорошо раздувается, произведена фиксация нижней доли к остальной плевре по задней поверхности. Через VII межреберья подведена дренажная трубка. Послойные швы на рану.

Макропрепарат: легкое раздутое, местами кистозные образование тонкостенного характера (рисунок 1, г).

После операции находился в отделении реанимации новорождённых. Экстубирован на 4-е сутки после операции. Дренажная трубка удалена на 4-е сутки. Кормление через назогастральный зонд. 25.09.2024 г. после

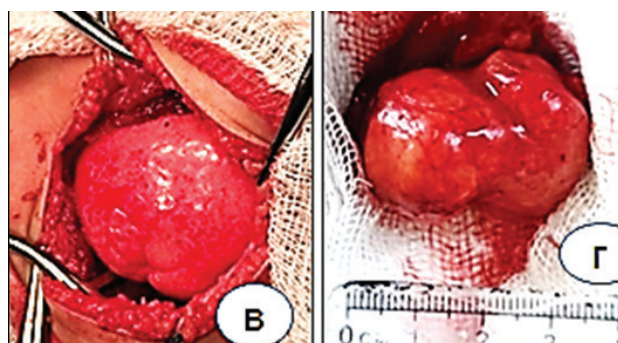


Рисунок 1 – в) Вид раздутой верхней доли;
г) Макропрепарат удалённой доли

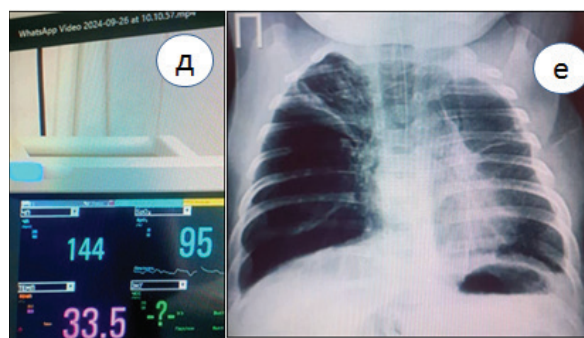


Рисунок 1 – д) ЧСС, сатурация
после операции на 1-й день;
е) Рентгенография на 5-й день после операции

стабилизации общего состояния переведён в отделение. При осмотре на 1-й день после операции ЧСС – 142 ударов в 1 минуту, SpO_2 – 95 %, открывает глаза, реагирует адекватно, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые (рисунок 1, д). В лёгких жесткое дыхание, проводные хрипы, слева в верхних отделах дыхание ослабленное. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки на 5-е сутки после операции левое лёгкое уменьшено в объеме. Правое лёгкое гипервентирировано (рисунок 1, е). Выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Повторно поступил 08.11.2024 г. болен около недели, на фоне вирусной инфекции появились сухой кашель, одышка, хриплость и беспокойство ребёнка. Госпитализирован в отделение реанимации. Общее состояние тяжелое за счет периодической одышки. Частота дыхания – 60 в 1 минуту. Пульс – 140 в 1 минуту. SpO_2 – 84 %. В лёгких перкуторно легочный звук, слева – тимпаническим оттенком. Аускультативно жесткое дыхание, сухие хрипы с обеих сторон, слева дыхание ослабленное.

Анализ крови от 08.11: эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 109 г/л; лейкоциты – $9,8 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 4 %; сегментоядерные нейтрофилы – 64 %; лимфоциты – 28 %, моноциты – 4 %, эозинофилы – 0 %. СОЭ – 4 мм/ч. На Rg органов грудной клетки от 08.11.2024 г. отмечается деформация бронхолегочного рисунка слева и наличие кистозного образования и свободного воздуха (рисунок 1, ж). Учитывая картину свободного воздуха 08.11.2024 г. проведено дренирование плевраль-

ной полости слева. Получил курс антибиотикотерапии, инфузионную терапию, симптоматическое лечение. На контрольной Rg органов грудной клетки от 12.11.2024 г. положительная динамика (рисунок 1, з).

Учитывая в анамнезе врожденную лобарную эмфизему, решено проверить анализ крови на внутриутробную инфекцию. Выявлено в анализе крови от 26.11.2024 г: ИФА антитела к хламидии (*Chlamydia pneumoniae*) – 0,12 (отр.), антитела к микоплазма (*Mycoplasma pneumoniae*) – 0,04 (отр.), антитела к ВПГ I + II типа – 5,30 (+КП), антитела к ЦМВ (*Cytomegalovirus*) – 2,91 (+КП).

Консультирован педиатром, назначена противовирусная терапия. Получил стационарное лечение в ГДКБ СМП с 08 по 28.11. 2024 г. Выписан домой в удовлетворительном состоянии. Находится на диспансерном наблюдении по месту жительства и в ГДКБ СМП. В динамике ребёнок физически и психологически развивается соответственно возрасту. В контрольном анализе крови от 24.03.2025 г. антитела к ВПГ I + II типа IgM (отр.), антитела к ВПГ I + II типа IgG (отр.). По данным исследований Каррола, врожденная лобарная эмфизема часто связана с ЦМВ-инфекциями. Было сделано заключение, что ЦМВ пневмонит приводит к воспалению и обструкции бронхиального дерева и может привести к развитию врожденной долевого эмфиземы [19]. На контрольных рентгенограммах органов грудной клетки в годовалом возрасте без патологии (рисунок 1, и).

Таким образом, данный случай показывает на трудности диагностики при первичном

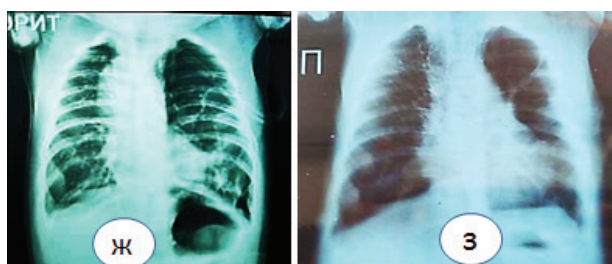


Рисунок 1 – ж) Rg-грамма грудной клетки от 08.11;
з) Rg-грамма грудной клетки от 12.11.2024 г.



Рисунок 1 – и) Rg-грамма грудной клетки
в возрасте 1 год

обращении и большое значение в диагностике использование КТ. Также он указывает на необходимость исследования на ВУИ, что было проведено при поступлении через 2 месяца после операции.

Клинический случай 2

Б-я Р.А., 25.03.2025 г. р., возраст 1 месяц. История болезни № 9323. Находилась на стационарном лечении в ГДКБ СМП в отделении новорождённых 28.04–20.05.2025 г. Диагноз при направлении: Левосторонняя бронхопневмония. Синдром бронхиальной обструкции (СБО). Дыхательная недостаточность II степени. Инфекция специфичная для перинатального периода. Внутриутробная пневмония. ВУИ. Церебральная возбудимость у новорождённого. Киста левого легкого. В Ч-Атинской горбольнице находилась на лечении с 22 по 25.04.2025 г. с вышеописанным диагнозом. До этой госпитализации в течение 10 дней получала лечение с 08.04 по 17.04.2025 г. в отделении патологии новорожденных НЦОМид г. Бишкека. По выписке ЧД – 44 в 1 минуту, пульс – 146. Сатурация O_2 – 94 %. Со стороны анализов крови без пато-

логии. Сделана рентгенография органов грудной клетки (рисунок 2, а), осмотрена хирургами. Заключение: Пневмоторакса нет, течение пневмонии. УЗИ головного мозга без патологии. Получила меропенем и симптоматическое лечение. Выписана домой, как отмечено, с выздоровлением и диагнозом: Инфекция специфичная для перинатального периода. Сопутствующий диагноз: Внутриутробная пневмония. Церебральная возбудимость у новорождённого. В Ч-Атинской городской больнице сделан повторный снимок органов грудной клетки (рисунок 2, б).

По телефону через WhatsApp консультирован 25.04 и 26.04. утром в сопровождении реанимационной бригады ребенок доставлен г. Бишкек и госпитализирован в ОРИТ НЦОМид, где проведена КТ грудной клетки (рисунок 2, в). Заключение КТ: данные за участки ателектазов в обоих лёгких с остаточными фиброзными воспалительными изменениями (после пневмонии). С субплевральным участком консолидации правого легкого, компенсаторным эмфизематозным расширением средней доли правого легкого переведен в ОРИТ патологии новорожденных

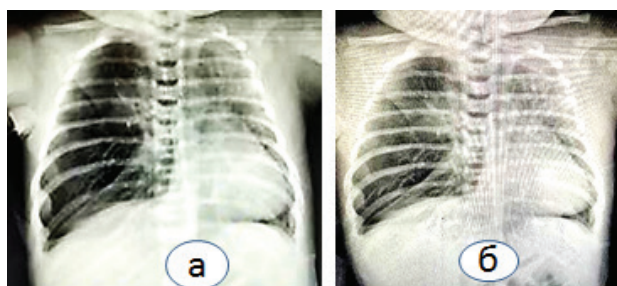


Рисунок 2 – а) Rg-грамма: от 08.04.2025 г.;
б) Rg-грамма от 23.04.2025 г.



Рисунок 2 – в) КТ грудной клетки 25.04.2025 г.

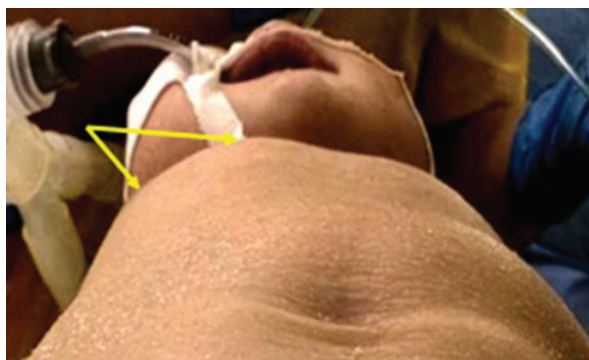


Рисунок 2 – г) Деформация грудной клетки справа

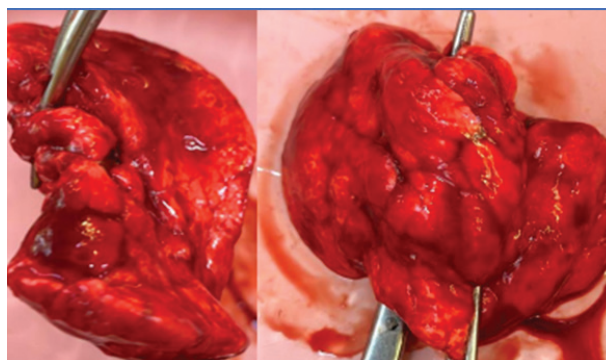


Рисунок 2 – д) Макропрепарат в 2-х позициях

ГДКБ СМП для дальнейшего оперативного лечения.

Жалобы при госпитализации на одышку, кашель, снижение сатурации без O_2 . Болеет почти с рождения. От 2-й беременности и родов с весом 4100,0 г. Крупный плод, кесарево сечение, течение беременности с токсикозом в течение 2-х месяцев. Общее состояние ребёнка по характеру заболевания тяжелое. При осмотре грудная клетка деформирована за счёт взбухания правой половины (рисунок 2, г), где отмечается ограничение экскурсии. Перкуторно: над легкими справа усиленный звук с тимпаническим оттенком. Аускультативно в лёгких жёсткое дыхание, справа резко ослабленное, проводные хрипы с обеих сторон. ЧД – 46 в 1 минуту. Сердце – аускультативно тоны приглушены, тахикардия.

После решения консилиума 29.04.2025 г. произведена операция (опер. К.М. Мыкыев): Торакотомия справа. Удаление средней доли правого легкого под эндотрахеальным наркозом. При вскрытии плевральной полости обнаружена

почти заполняющая правую половину грудной клетки эмфизематозно вздутая средняя доля. После выделения от спайки с верхней и нижней ателектазированных долей, средняя доля выделена тупо осторожно тупферами, местами элетрокоагулирующий с перевязкой кровоточащих сосудов. Среднедолевая вена и нижнедолевая артерия тщательно выделены от корня средней доли с перевязкой сосудов и бронха, затем средняя доля резецирована. Ревизия на герметичности культи. Ателектазированные верхняя и нижняя доля гипервентилированы. Контроль на гемостаз. На межреберье введен новокаин 0,25 % 7,0 мл. Вид макропрепарата (рисунок 2, д).

Ребёнок находился в отделении реанимации новорождённых. Экстубирован через 4 часа после операции. При осмотре в первый день после операции в сознании, реагирует адекватно. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Кормление через назогастральный зонд. В легких аускультативно жесткое дыхание, проводится одинаково с обеих сторон, проводные сухие

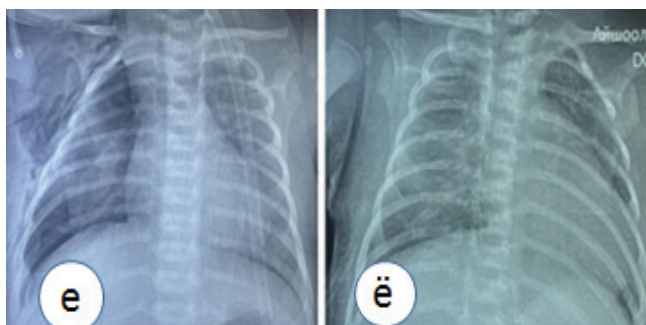


Рисунок 2 – е) Rg-грамма после операции, первые сутки; ё) Rg-грамма перед выпиской

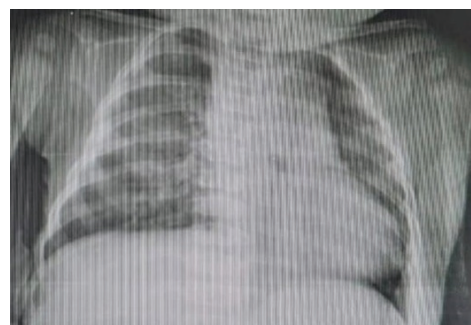


Рисунок 2 – ж) Контрольная Rg-грамма через 5 месяцев после операции

хрипы. ЧД – 40 в 1 мин. SpO₂ – 98 %. Получала антибиотики, обезболивающие, инфузионная терапия. Дренажная трубка из плевральной полости удалена на 3-и сутки. На контрольной Rg-грамме органов грудной клетки на 1-е сутки после операции верхняя и нижние доли легкого расправлены и перед выпиской положительные (рисунок 2, е). Швы сняты на 11-й день, заживление раны первичным натяжением.

Заключение гистологического исследования № 6212-4 от 15.05.2025 г.: в присланном материале фрагмента лёгкого очаги дистелактазов сменяются очагами эмфизематозного вздутия альвеол с разрывом межальвеолярных перегородок и кровоизлияниями в этой зоне. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки – без патологии (рисунок 2, ё).

При контрольном осмотре через 4 месяца после операции – развивается соответственно возрасту. Контрольная Rg-грамма органов грудной клетки от 25.08.2025 г., т. е. через 5 месяцев после операции – без патологии (рисунок 2, ж).

Данный случай говорит о трудности и ошибке при интерпретации обзорной рентгенограммы в периоде новорождённости. Также при подозрительных рентген-снимках органов грудной клетки, особенно в возрасте новорождённости, диктуется необходимость проведения КТ грудной клетки для своевременной диагностики. При чтении и при написании локализации патологии обзорной рентгенограммы в городской больнице допущена ошибка, т. е. вместо “киста лёгкого справа” из-за отсутствия маркировки на рентген-снимке написано “киста лёгкого слева”.

Выводы и рекомендации

1. Частота локализации ВЛЭ отмечена в верхней доле правого лёгкого в 4-х (44,4 %), нижней доли правого лёгкого – в 3-х (33,3 %), верхней доли левого лёгкого – в 2-х (22,2 %) случаях.
2. В возрастном аспекте: до 2-х месяцев – 4 (44,4 %) случая, 3–6 месяцев – 2 (22,2 %), до 2-х лет – 1 (11,1 %), до 3-х лет – 1 (11,1 %), старше 8 лет – 1 (11,1 %) случай.
3. Мальчики встретились в 4-х (44,4 %), девочки – в 5 (55,6 %) случаях.

4. При подозрительных рентген-снимках органов грудной клетки, особенно в возрасте новорождённости, необходимо проведение КТ грудной клетки.
5. При ВЛЭ имеется необходимость исследования на ВУИ для выявления возможной внутриутробной причины данной патологии.

Поступила: 25.08.2025;

рецензирована: 08.09.2025; принята: 10.09.2025.

Литература

1. Mukhtar S., Sharma S., Trovela D.A.V. Congenital Lobar Emphysema. [Updated 2024 Jul 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560602/>
2. Владимирова Е.С. Врожденная лобарная эмфизема / Е.С. Владимирова, Б. Дайдарова, В.Д. Гусев [и др.] // Медицина и экология. 2015; 1: 23–7.
3. Nelson R.L. Congenital cystic disease of the lung: report of a case // J Pediatr. 1932; 1 (2): 233–238. DOI: 10.1016/S0022-3476(32)80105-8 [DOI] [Google Scholar].
4. Robertson R., James E.S. Congenital lobar emphysema // Pediatrics. 1951; 8 (6): 794–804 [PubMed] [Google Scholar].
5. Caliskan T., Okutan O., Ciftci F. Congenital Lobar Emphysema // Eurasian J Pulmonol. 2014; 16: 50–3.
6. Шабалов Н.П. Неонатология. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 656 с. [Shabalov N.P. Neonatology. M.: MEDpress-inform, 2006. 656 pp. (In Russ.)].
7. Эргашев Н.Ш. Диагностика и лечение врожденной лобарной эмфиземы у детей / Н.Ш. Эргашев, Э.А. Якубов, А.А. Рахматуллаев, Ф.Ф. Бобоев // Вестник врача. 2020. № 2. С. 103–106
8. Thakral C.L., Maji D.C., Sajwani M.J. Congenital lobar emphysema: experience with 21 cases // Pediatr Surg Int. 2001; 17 (2): 88–89. [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
9. Mei-Zahav M., Konen O., Manson D.C., Langer J. Is congenital lobar emphysema a surgical disease? // J Pediatr Surg. 2006; 41 (6): 1058–1061. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2006.02.011 [DOI] [PubMed] [Google Scholar].

10. *Bush A., Harcourt J., Hewitt R.J., Nicholson A.G.* Congenital lung diseases. In: Wilmott R.W., Deterding R., Li A. et al., editors. *Kendig's Childhood Airway Diseases*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, Inc; 2019: 321–322.
11. *Kravitz R.M.* Congenital malformations of the lung // *Pediatr Clin North Am*. 1994; 41 (3): 453–472 [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
12. *Ankermann T., Oppermann H.C., Engler S., Leuschner I., Von Kaisenberg C.S.* Congenital masses of the lung, cystic adenomatoid malformation versus congenital lobar emphysema: prenatal diagnosis and implications for postnatal treatment // *J Ultrasound Med*. 2004; 23 (10): 1379–1384 [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
13. *Рокицкий М.Р.* Врождённая локализованная эмфизема лёгких у детей / М.Р. Рокицкий, Р.В. Хабибуллина, В.Н. Порываева, П.Н. Гребнев // *Казанский медицинский журнал*. 1989. № 6. С. 416–418.
14. *Исаков Ю.Ф.* Руководство по торакальной хирургии у детей / Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, В.И. Гераськин. М.: Медицина, 1978.
15. *Аверьянов А.В.* Эмфизема легких / А.В. Аверьянов; под ред. А.Г. Чучалина. М.: Издательский дом “Атмосфера”, 2009. С. 93.
16. *Stocker J.T., Drake R.M., Madewell J.E.* Cystic and congenital lung disease in newborn // *PerspectPediatrPathol*. 1978; 4: 93–154 [PubMed] [Google Scholar].
17. *Ozcelik U., Göçmen A., Kiper N., Doğru D., Dilber E., Eg Y.* Congenital lobar emphysema: evaluation and long-term follow up of thirty cases at a single centre // *PediatrPulmonol*. 2003; 35 (5): 384–391 [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
18. *Taqvi L.* Not all infantile respiratory distress in winter is bronchiolitis: congenital lobar emphysema / L. Taqvi, M. Griksaitis, K. Eastham // *BMJ Case Rep*. 2011. V. 28. P. 67–78.
19. *Staunton B.H.* Congenital cytomegalovirus infection associated with development of neonatal emphysematous lung disease / B.H. Staunton, D. Crabbe, C. Cullinane // *BMJ Case Rep*. 2012. V. 16. P. 24–38.