

СИНДРОМ СРЕДНЕЙ ДОЛИ

МОСКВА

¹Чернеховская Н. Е., ^{1,2}Коржева И. Ю., ²Вычужанина Н. В., ¹Волова А. В.¹ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ² Городская клиническая больница им. С. П. Боткина

MIDDLE LOBE SYNDROME

¹Chernekhovskaya N. E., ^{1,2}Korzheva I. Yu., ²Vichuzhanina N. V., ¹Volova A. V.¹ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education² City Clinical Hospital. S. P. Botkin

АННОТАЦИЯ

Проведено обследование 123 больных с синдромом средней доли – мужчин было 82 (66,6%), женщин – 41 (33,4%) в возрасте от 16 до 86 лет. Обследование включало комплексное лучевое исследование легких, бронхоскопию с различными видами биопсий с последующими бактериологическим, цитологическим и гистологическим исследованиями биопсийного материала. Были установлены диагнозы: пневмония – у 44 больных, хронический деформирующий бронхит – у 49, цирроз доли – у 2, бронхоэктазы – у 2, центральный рак легкого – у 8, абсцесс легкого – у 6, туберкулез – у 3, доброкачественные опухоли – у 4, инородные тела – у 4, саркоидоз органов дыхания – у 1 пациента. На основании применения только лучевых методов удалось установить нозологическую форму заболевания у 105 больных (86,5%), а при сочетанном применении лучевых методов диагностики и бронхоскопии с различными видами биопсий с последующим исследованием биопсийного материала правильный диагноз был установлен у 99,2% пациентов, у 1 больного допущена диагностическая ошибка (0,8%). Санационную бронхоскопию выполнили 61 больному с хроническим деформирующим бронхитом, бронхоэктазами, абсцессом легкого и инородными телами (после их удаления). У пациентов, получавших в комплексной лечении NO-терапию, отмечено достоверное уменьшение сроков лечения.

Ключевые слова: синдром средней доли, лучевая диагностика, бронхоскопия, биопсия, NO-терапия.

ANNOTATION

A total of 123 patients with middle lobe syndrome were examined: 82 (66.6%) men and 41 (33.4%) women, aged 16 to 86 years. The examination included a complex X-ray examination of the lungs, bronchoscopy with various types of biopsies, followed by bacteriological, cytological and histological studies of the biopsy material. The following diagnoses were established: pneumonia – in 44 patients, chronic deforming bronchitis – in 49, lobe cirrhosis – in 2, bronchiectasis – in 2, central lung cancer – in 8, lung abscess – in 6, tuberculosis – in 3, benign tumors – in 4, foreign bodies – in 4, sarcoidosis of the respiratory system – in 1 patient. Based on the use of only radiation methods, it was possible to establish the nosological form of the disease in 105 patients (86.5%), and with the combined use of radiation diagnostic methods and bronchoscopy with various types of biopsies, followed by examination of the biopsy material, the correct diagnosis was established in 99.2% of patients, 1 patient had a diagnostic error (0.8%). Sanitation bronchoscopy was performed in 61 patients with chronic deforming bronchitis, bronchiectasis, lung abscess and foreign bodies (after their removal). In patients who received NO-therapy in the complex treatment, a significant decrease in the duration of treatment was noted.

Keywords: middle lobe syndrome, radiodiagnosis, bronchoscopy, biopsy, NO-therapy.

ВВЕДЕНИЕ

Понятие «среднедолевой синдром» часто используется как предположительный диагноз до установления этиологии заболевания. По данным различных авторов, частота синдрома средней доли колеблется в пределах от 0,3 до 6,15% [1].

Относительно высокая частота изолированного поражения средней доли как в детском возрасте, так и у пожилых людей давно обращала на себя внимание исследователей и заставляла искать причину такого поражения.

Тщательно изучив анатомию трахеобронхального дерева, G. Kopstein (1933) и R. Brok (1946) пришли к выводу, что среднедолевой бронх, как и средняя доля, обладают рядом анатомо-функциональных особенностей, которые дали право E. Zdansky (1946) считать среднедолевой бронх «местом наименьшего сопротивления». Оказалось, что среднедолевой бронх – наиболее узкий и длинный из всех долевого бронхов. Его диаметр колеблется от 0,5 до 0,7 см, что соответствует размерам большинства сегментарных бронхов, а длина его – от 1,2 до 2,6 см. Среднедолевой бронх отходит от передней стенки промежуточного бронха под острым (30°) углом и делится на два сегментарных бронха – латеральный и медиальный. Среднедолевой бронх окружен большим количеством лимфатических узлов, которые путем компрессии, пентрации и перфорации могут вести к закупорке его просвета. Особенно часто это наблюдается в детском возрасте, когда плохо развита опорная эластическая ткань и бронхиальная стенка податлива, а лимфатические узлы особенно сильно развиты. Кроме того, было доказано, что лимфатические узлы средней доли собирают лимфу не только из средней, но и из нижней и из S₃ верхней доли [2]. Поэтому причиной среднедолевого синдрома стали считать поражение лимфатических узлов, как неспецифической природы, так и туберкулезной этиологии.

Также было доказано, что средняя доля находится под влиянием смешанного реберно-диафрагмального типа дыхания и при спокойном дыхании смещается вперед. Однако амплитуда респираторных движений ребер на этом участке грудной клетки ограничена. Что касается диафрагмы, то дыхательные движения ее передних, в основном сухожильных участков, к которым прилегает средняя доля, весьма не-

значительны и оказывают более слабую тягу по сравнению с задними участками. По данным A. Anthony и соавт. (1962), подвижность и растяжения участка легкого тем больше, чем дальше он расположен от корня. Средняя доля располагается в непосредственной близости к корню легкого и с этих позиций находится в неблагоприятных условиях. Таким образом, условия расширения ее при выдохе являются недостаточными по сравнению с другими долями легкого. E. Stutz и H. Vieten (1955) указывали на неудовлетворительное инспираторное присасывание средней доли, и в связи с этим отмечали затруднение оттока секрета, что способствовало быстрому переходу острой среднедолевой пневмонии в хроническую. Этим же объясняется малая способность к откашливанию попавших в бронхи средней доли инородных тел. С этой точки зрения можно объяснить склонность к хроническому течению любого патологического процесса в средней доле.

В 1948 г. E. Graham, T. Burford и J. Mayer ввели термин «среднедолевой синдром», понимая под этим сморщивание или ателектаз средней доли вследствие бронхостеноза посттуберкулезной этиологии, обусловленного анатомо-топографическими особенностями средней доли. В зоне ателектаза происходит компенсаторная транссудация жидкости, сегментарные и долевого бронха заполняются слизью, увеличиваются кровенаполнение и расширение артерий, вен и капилляров. Возникает картина так называемого, «обструктивного пульмонита». Через 3-6 месяцев уплотняются коллагеновые волокна вокруг сосудов, происходит разрастание соединительной ткани, наступает фаза индурации (карнификации) ателектаза. Ателектаз служит основой для развития вторичного воспалительного процесса. Ателектазированный участок легкого является эластически перенапряженным, что ведет к концентрации сил, действующих расширяюще на стенку бронха, и это приводит к образованию бронхоэктазов, иногда в очень короткие сроки – от 14 до 20 дней. Однако ателектаз не всегда сопровождается уменьшением объема легкого. В случаях, когда причина, вызвавшая ателектаз, действует непродолжительное время, возможна реэрация пораженного участка легкого.

По мере изучения этиологических факторов, ведущих к компрессии среднедолевого бронха, появился целый ряд работ с описанием синдрома средней доли при различных забо-

леваниях, сопровождающихся гиперплазией внутригрудных лимфатических узлов при саркоидозе, пневмокониозе, туберкулезе и опухолях. В формировании синдрома средней доли важную роль играет перенесенный в прошлом туберкулез. При наличии массивных обызветвленных лимфатических узлов, интимно связанных с прилежащими бронхами, возможно нарушение целостности бронхиальной стенки и проникновение обызветвленных масс в просвет с образованием пенетрирующего или облитерирующего бронхолита, который чаще всего находят в среднедолевом бронхе. Среднедолевой бронх нередко служит местом локализации доброкачественных опухолей, которые могут обтурировать бронх. Причиной ателектаза средней доли могут быть и инородные тела [3, 4, 5, 6, 7].

В настоящее время понятие «среднедолевой синдром» – это один из вариантов хронического ателектаза. Дифференциальная диагностика патологических процессов, локализующихся в средней доле, представляет определенные трудности [8]. Актуальность проблемы связана с различным подходом к лечению этих пациентов.

Большое значение в лечении больных с воспалительными заболеваниями легких придает лечебным бронхоскопиям, благодаря которым можно одновременно добиться улучшения бронхиальной проходимости и вводить различные по механизму действия вещества непосредственно в очаг воспаления [9].

Исследования показали, что эффективность действия антибактериальных препаратов повышается при их направленном введении в лимфатическую систему. Учитывая, что в стенке бронха имеется хорошо выраженная лимфоидная ткань, нами был разработан способ интрабронхиального лимфорегионарного введения антибактериальных препаратов. Исходя из проведенных нами исследований, лимфорегионарное введение имеет преимущества перед внутривенным, так как обеспечивает терапевтическую концентрацию антибиотика в месте поражения более длительное время [10].

В 1998 г. группа американских ученых получила Нобелевскую премию по медицине и физиологии за исследование роли оксида азота в регуляции сердечно-сосудистой системы [11]. Многие авторы считают, что NO – один из древних и универсальных регуляторов систем вну-

триклеточной и межклеточной сигнализации [12]. В 1997 г в МГТУ им. Н. Э. Баумана был создан воздушно-плазменный аппарат «Плазон» для теплового (деструкция и коагуляция) воздействия на ткани. В процессе работы аппарата было установлено, что он вырабатывает из воздуха оксид азота [13].

Лечебная эффективность экзогенного оксида азота обусловлена его влиянием на микроциркуляцию за счет вазодилатации, антиагрегантным и антикоагулянтным действием, бактерицидным действием как собственным, так и за счет образования пероксинитрита, регуляцией специфического и неспецифического иммунитета. Важнейшим преимуществом NO-терапии, в отличие от большинства физических и медикаментозных методов является полифункциональное воздействие на все фазы воспалительного процесса, возможность локального воздействия на патологический очаг [14].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение качества лечения больных с синдромом средней доли за счет комплексного обследования, своевременного выполнения оперативного вмешательства или консервативного лечения с включением санационных бронхоскопий и NO-терапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ГКБ им. С. П. Боткина за 15 лет обследованы и получили лечение 123 больных с патологией средней доли. Мужчин было 82 (66,6%), женщин – 41 (33,4%) в возрасте от 16 до 86 лет. Все пациенты были направлены в клинику с диагнозом «синдром средней доли». Получено информированное согласие пациентов на проведение диагностических и лечебных манипуляций.

Как выяснилось из анамнеза, продолжительность заболевания составляла от нескольких месяцев до 20 лет. Преобладали пациенты (103 человека – 83,7%) с продолжительностью заболевания больше 1 года.

Ведущими клиническими симптомами был кашель, при этом у 104 больных (84,6%) кашель сопровождался выделением слизисто-гнойного или гнойного секрета, с жалобами на легочное кровотечение обратились 30 больных (24,4%), субфебрильную температуру отмечали 62 пациента (50,4%), одышку – 55 больных

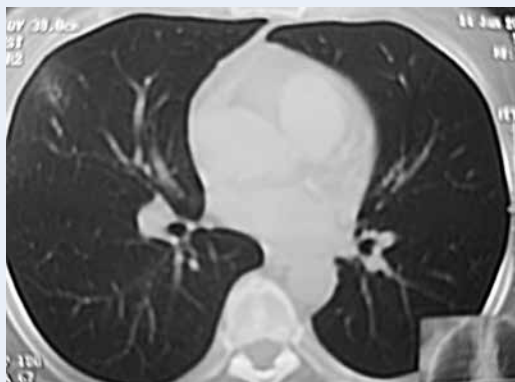


Рис. 1. Бронхопневмония в С5 справа. КТ, легочное окно; участок малых размеров, плотный в центре и меньшей плотности легочной паренхимы в окружности.

Bronchopneumonia in C5 on the right. CT, pulmonary window; an area of small size, dense in the center and less density of the lung parenchyma in the circumference.



Рис. 2. Рубцовый стеноз среднедолевого бронха.
Cicatricial stenosis of the middle lobe bronchus.

(44,7%), боли в груди – 20 пациентов (16,5%). Ни один из симптомов не явился специфичным для какой-либо группы обследуемых.

Всем больным провели комплексное обследование – лучевое исследование легких (полипозиционную рентгенографию, линейную и компьютерную томографию), бронхоскопию с различными видами биопсий с последующими бактериологическим, цитологическим и морфологическим исследованиями биопсийного материала. Бронхоскопию выполняли видеоbronхоскопами фирм «Фуджинон» и «Пентакс» по общепринятой методике. Осложнений не было.

Санационную бронхоскопию выполнили 64 больным (52,0%) с хроническим деформирующим бронхитом, бронхоэктазами, абсцессом легкого, туберкулезом и инородными телами (после их удаления). Пациенты были разделены на две подгруппы в зависимости от характера лечения. В качестве санирующего раствора использовали 0,2%-ный раствор диоксида, на одну санацию расходовали от 60 до 100 мл раствора. Санационную бронхоскопию заканчивали интрабронхиальным лимфотропным введением антибиотика, к которому чувствительна флора больного (постановление МЗ СССР от 20.12.1985 г, протокол № 2 на разрешение применения данного метода).

После этого бронхоскопия у пациентов 1-й подгруппы с эндоскопической картиной бронхита II степени интенсивности воспаления (28 больных) завершалась, а пациентам 2-й подгруппы с картиной бронхита III степени интенсивности воспаления (33 больных) и 3 пациентам с туберкулезом вводили в бронхиальное дерево оксид азота от аппарата «Плазон» в течение 1 мин с содержанием оксида азота в газовом потоке 300 ppm (регистрационное удостоверение № ФС-2007/197 от 11.09.2007 г. Приложение № 1 от 18.09.2007 г. Использование воздушной плазмы и экзогенного оксида азота для лечения раневых и воспалительных процессов. Пульмонология и фтизиатрия: неспецифическая и туберкулезная эмпиема плевры, неспецифический и туберкулезный бронхит, фиброзно-кавернозный и инфильтративный туберкулез).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При комплексном лучевом исследовании пневмония в средней доле диагностирована у 44 больных (35,8%) (Рис. 1). При бронхоскопическом исследовании слизистая оболочка среднедолевого бронха гиперемирована, отечна, сосудистый рисунок не прослеживался, устье сужено за счет отека слизистой, из устья среднедолевого бронха поступал слизистый или слизисто-гнойный секрет. У 12 пациентов на слизистой оболочке в области устья и шпоры среднедолевого бронха видны циркулярные или линейные рубцы белого цвета (Рис. 2), что свидетельствовало о перенесенной ранее среднедолевой пневмонии. Описанная картина соответствовала строго ограниченному бронхиту I или II степени интенсивности воспаления (соответственно 32 и 12 пациентов). При бактериологическом исследовании брон-

хиального смыва верифицирован возбудитель у 20 больных (45,5%). При трансбронхиальной биопсии легкого данных за рак не получено. При морфологическом исследовании биопсийного материала обнаружено утолщение альвеолярных перегородок за счет воспаления и фиброза. В просвете альвеол – спущенные пневмоциты, отек. Все изменения носили воспалительный характер и свидетельствовали об интерстициальной пневмонии.

У 37 больных (30,1%) с клинической и рентгенологической картиной хронического бронхита во время бронхоскопии определялось сужение и деформация среднедолевого бронха за счет отека слизистой, устья сегментарных бронхов выглядели точечными. Слизистая оболочка гиперемирована, сосудистый рисунок не прослеживался, из устья среднедолевого бронха поступал слизисто-гнойный или гнойный секрет. Описанная картина соответ-

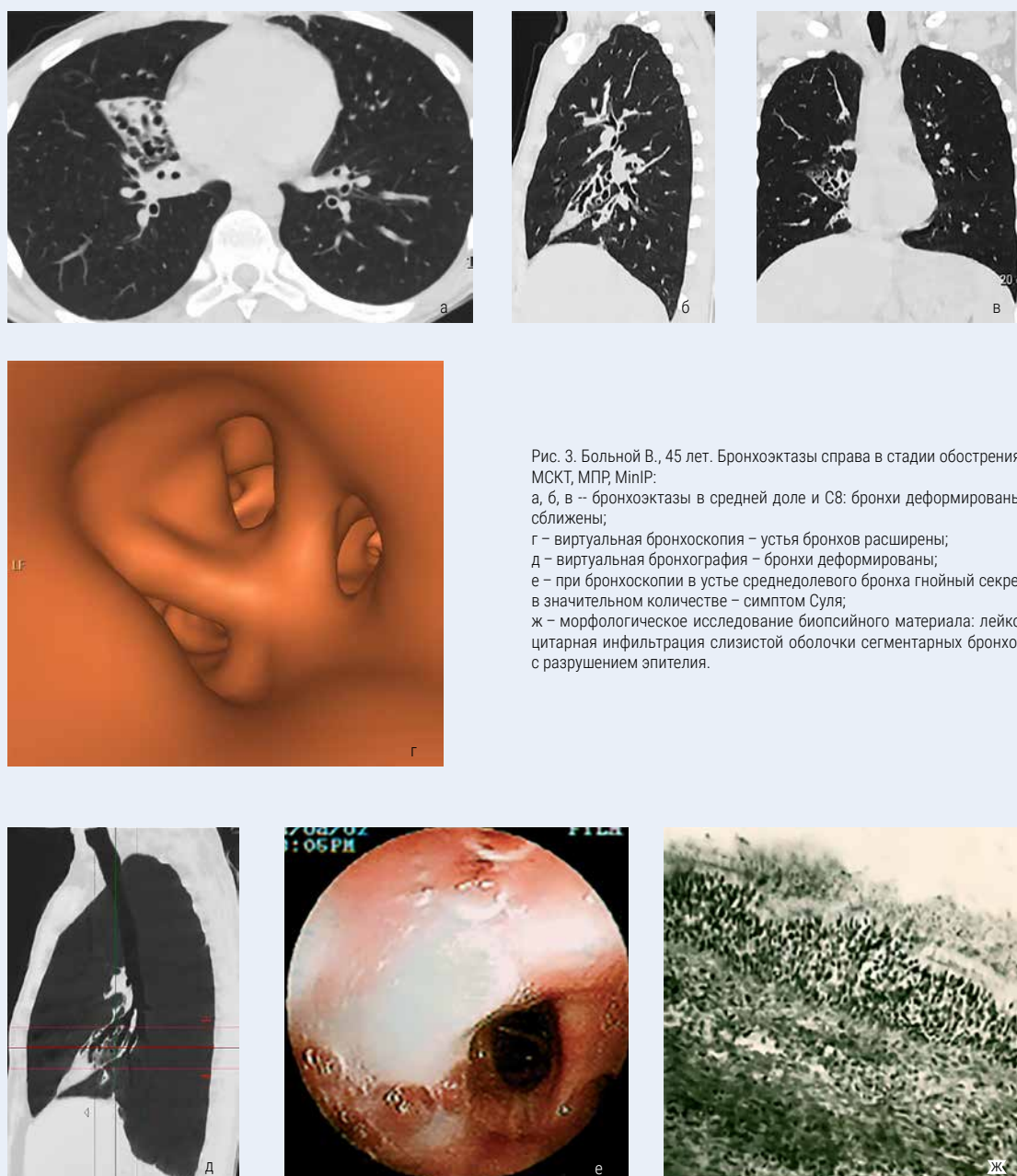


Рис. 3. Больной В., 45 лет. Бронхоэктазы справа в стадии обострения. МСКТ, МПР, MinIP: а, б, в – бронхоэктазы в средней доле и S8: бронхи деформированы, сближены; г – виртуальная бронхоскопия – устья бронхов расширены; д – виртуальная бронхография – бронхи деформированы; е – при бронхоскопии в устье среднедолевого бронха гнойный секрет в значительном количестве – симптом Суля; ж – морфологическое исследование биопсийного материала: лейкоцитарная инфильтрация слизистой оболочки сегментарных бронхов с разрушением эпителия.

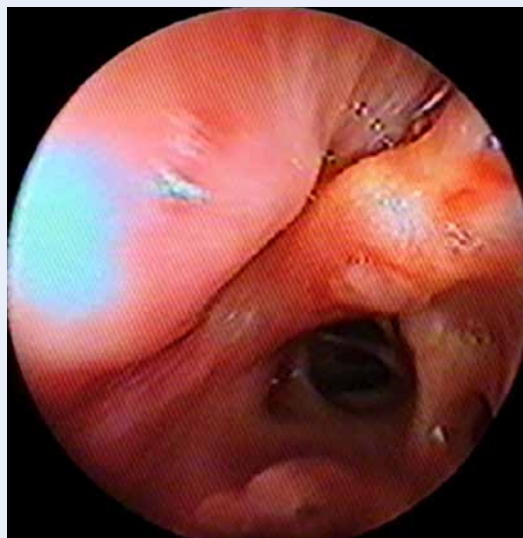


Рис. 4. Цирроз средней доли со стенозом среднедолевого бронха

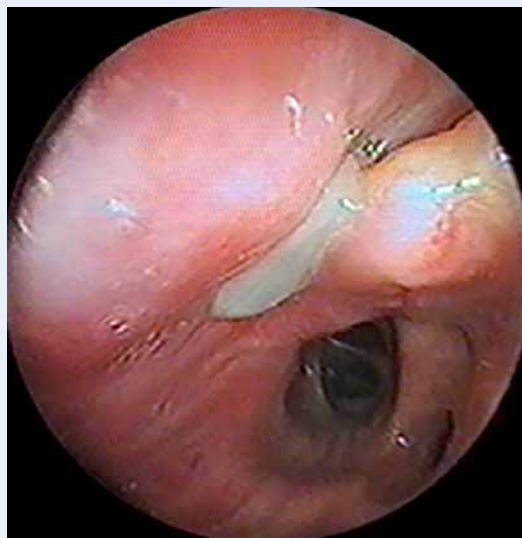


Рис. 5. Поступление гноя из устья среднедолевого бронха свидетельствует о воспалительной этиологии стеноза

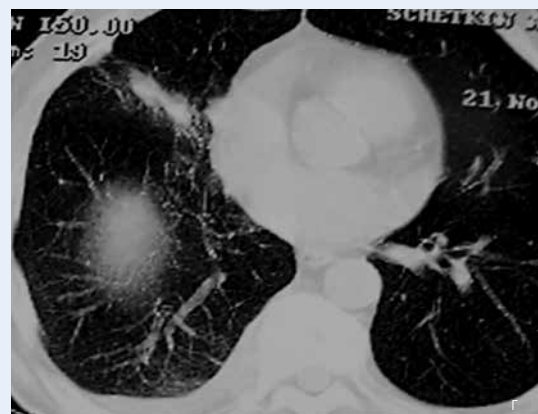
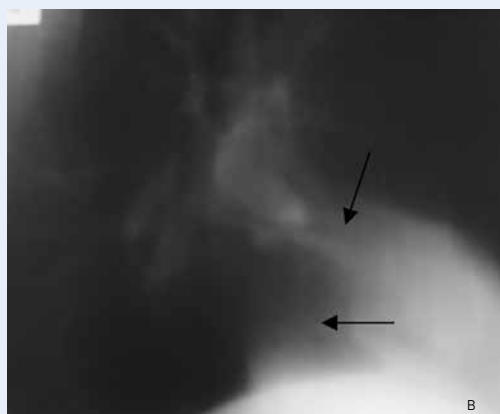
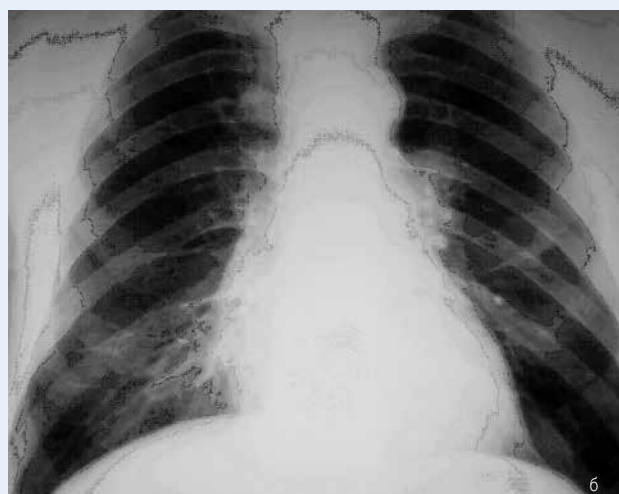


Рис. 6. Больной И., 67 лет. Рак средней доли. Прямая (а) и боковая (б) рентгенограммы, в – боковая линейная томограмма, г – СКТ. Ателектаз С5, сужение Б5; компенсаторное вздутие С4

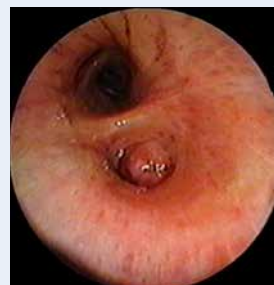


Рис. 7. Больной Б., 45 лет. Центральный рак средней доли: а - прямая рентгенограмма, б - боковая рентгенограмма, в - боковая томограмма правого легкого. Ателектаз средней доли, коническая «культя» среднедолевого бронха

Рис. 8. Центральный рак средней доли, экзофитная форма роста

ствовала строго ограниченному деформирующему бронхиту 2-3 степени интенсивности воспаления.

Для исключения бронхоэктазов выполняли бронхографию и КТ у 16 (43,2%) из 37 пациентов. Во время исследования диагностированы бронхоэктазы у 2 больных, цирроз средней доли – у 2. У остальных пациентов подтвердился деформирующий бронхит. В настоящее время компьютерная томография полностью заменила бронхографию как безопасный и достоверный метод диагностики различных заболеваний легких, в том числе бронхоэктазов и деформирующего бронхита (Рис. 3 а, б, в, г, д, е, ж).

При циррозе средней доли (2 пациента) рубцы так суживали просвет бронха, что устье его приобретало щелевидную форму (Рис. 4). В этом случае трудно определить этиологию стеноза. Поступление гноя из устья бронха с большей долей вероятности свидетельствовало о его воспалительной этиологии (Рис. 5). Больные были оперированы.

Во время бронхоскопии центральный рак легкого обнаружен у 11 больных (8,9%), у 8 из них рак диагностирован при рентгенологическом обследовании. При центральном раке на рентгенограммах и КТ выявляются прямые признаки (тень опухолевого узла) и косвенные признаки. Косвенный признак рака – нарушение вентиляции доли в виде гиповентиляции – проявляется уменьшением доли в объеме, сближением сосудов, смещением малой междолевой плевры вниз при условии, что она получает отображение на обзорных рентгенограммах; при ателектазе доля ин-

тенсивно и гомогенно затемнена (Рис. 6 а, б, в, г). На томограммах оценивалось состояние просвета бронха. Бронх был либо ампутирован (полное отсутствие просвета), либо сужен с утолщенными стенками (при перибронхиальном росте опухоли), либо выявлялась культя с неровным и нечетким контуром, называемая конической (Рис. 7 а, б, в). При бронхоскопии у 6 больных диагностирован экзофитный рак, у 5 пациентов – инфильтративный рак.

Из 3 больных, поступивших с диагнозом «среднедолевая пневмония», во время бронхоскопии у 1 пациента диагностирован экзофитный рак, у 2 – инфильтративный. Экзофитная опухоль имела бугристую поверхность, серовато-розовый цвет, полностью обтурировала просвет бронха (Рис. 8). Для инфильтративной формы роста характерно сужение и деформация устья среднедолевого бронха, сегментарные бронхи не определялись. Инфильтрат мелкозернистый, сероватого цвета, плотный при инструментальной пальпации, активно кровоточил при взятии биопсии (Рис. 9). При гистологическом исследовании биопсийного материала диагностирован плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки у 11 пациентов, низкодифференцированный немелкоклеточный рак – у 3 больных. Все больные были оперированы, диагноз подтвержден.

При упорном течении хронического нагноительного процесса в средней доле не следует забывать о бронхолитах и длительно находящихся инородных телах в бронхах. При рентгенологическом исследовании бронхолиты обнаружены у 4 пациентов (Рис. 10 а, б, в), ино-



Рис. 9. Центральный рак средней доли, инфильтративная форма роста



Рис. 10. Больная И. 72 лет. Посттуберкулезный цирроз средней доли; бронхиолит. Рентгенограммы органов грудной клетки: а – прямая проекция; б – правая боковая проекция; в – боковая томограмма правого легкого: средняя доля в ателектазе, интенсивно затемнена с наличием суженного просвета среднедолевого бронха, в окружности устья бронха петрифицированные лимфатические узлы, один из которых визуализируется в просвете бронха

родные тела (зубы) диагностированы у 2 больных (Рис. 11 а, б, в), зубные коронки – у 2 пациентов. Во время бронхоскопии диагностика давно аспирированных инородных тел и бронхиолитов наиболее сложна, так как они обычно полностью закрыты грануляциями. Анамнез заболевания колебался от 3 месяцев до 4 лет. Во время бронхоскопии грануляции полностью закрывали инородные тела, напоминая опухолевую ткань (Рис. 12 а). После санационной бронхоскопии и разрушения грануляций удалось обнаружить и извлечь инородные тела (Рис. 12 б) и бронхиолиты.

Хронический абсцесс заподозрен при рентгенографии легких у 6 больных. При обычном рентгенологическом исследовании не удалось выявить полость. Определялось уменьшение доли в размерах с выраженной деформацией легочного рисунка, зоной пневмосклероза и реакцией плевры. На КТ выявлена полость неправильной формы более 1,5 см в диаметре, дренирующий бронх сужен, деформирован. Больным проведено 8 сеансов санационных бронхоскопий и терапия экзогенным оксидом азота от аппарата «Плазон». При контрольной рентгенографии органов грудной полости обнаружена сухая полость или ложная киста.

Туберкулез диагностирован у 3 пациентов. При туберкулезе фиброзно-кавернозная деформация средней доли рентгенологически идентична абсцедирующим формам хронического неспецифического воспаления. Однако при специфическом процессе на обзорных рентгенограммах определялись очаги отсе-

ва в доле и других отделах легкого (Рис. 13 а, б, в). При бронхоскопии слизистая оболочка среднедолевого бронха была гиперемирована, тусклая, с мелкими туберкулезными бугорками. В биопсийном материале обнаружен казеозный детрит и сплошь микобактерии туберкулеза. Больным проведена специфическая химиотерапия с лечебными бронхоскопиями с включением экзогенного оксида азота от аппарата «Плазон» 2 раза в неделю, 8 сеансов на курс. У всех больных после 3-го сеанса NO-терапии микобактерии туберкулеза не обнаружены.

У 1 больной диагностирована злокачественная лимфома. Диагноз верифицирован при морфологическом исследовании биопсийного материала.

Рентгенологическая картина доброкачественных опухолей отличается от картины злокачественных новообразований тем, что культя бронха обычно с четким, ровным контуром. Просвет бронха не сужен (Рис. 14).

У 1 пациента во время бронхоскопии верифицирована аденома, у 1 – фиброма, у 1 больного – невринома. Опухоли были удалены через бронхоскоп.

При рентгенологическом исследовании у 4 больных средняя доля была уменьшена в объеме, выглядела в виде линзы, интенсивно и гомогенно затемнена. На боковой рентгенограмме доля смещена вверх, при этом уплотненная малая междолевая плевро расположена обычно, а главная междолевая

плевра смещена вверх, т.е. имел место ателектаз средней доли.

Во время бронхоскопии у 2 больных в устье среднедолевого бронха определялась полиповидная опухоль, на широком основании, с гладкой, хорошо васкуляризованной поверхностью, голубовато-розового цвета, до 2 см в диаметре, плотная при инструментальной пальпации, активно кровоточащая в процессе взятия биопсии (Рис. 15 а). При гистологическом и цитологическом исследованиях биопсийного материала, полученного во время бронхоскопии, обнаружены клетки полигональной формы, в цитоплазме которых определялись аргирофильные зерна (Рис. 15 б), что соответствовало типичному карциноиду. Опухоли были удалены через бронхоскоп.

Атипичный карциноид диагностирован у 2 пациентов. Опухоль имела вид инфильтрата с неровной поверхностью, серовато-розово-

го цвета. На основании эндоскопической картины провести дифференциальный диагноз с инфильтративным раком не представлялось возможным. При морфологическом исследовании биопсийного материала верифицирован атипичный карциноид низкой степени злокачественности. Пациенты были оперированы – выполнена пульмонэктомия.

Саркоидоз органов дыхания с поражением средней доли диагностирован у 1 пациента (Рис. 16 а, б, в, г, д).

Таким образом, во время бронхоскопии диагностики были изменены у 17 пациентов (13,8%), у 1 больного допущена диагностическая ошибка (0,8%).

Приводим наше наблюдение

Больной И., 68 лет, а/к 22347/91, обследован амбулаторно. Предъявлял жалобы на кашель с мокротой с примесью крови. Считает себя

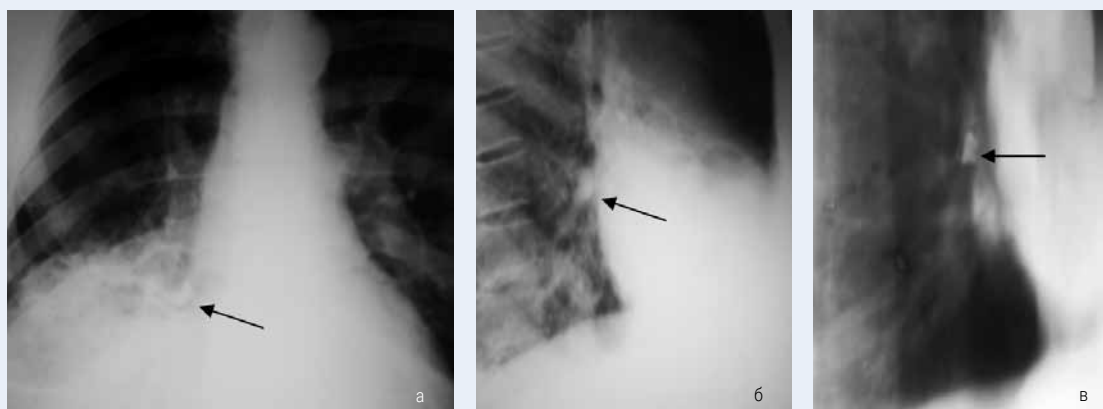


Рис. 11. Больной Б., 62 лет. Инородное тело в просвете среднедолевого бронха с частичным закрытием нижнезонального бронха: а – прямая рентгенограмма, б – боковая рентгенограмма, в – правая боковая линейная томограмма. Средняя доля и С8 инфильтрированы; в развилке средне- и нижнедолевого бронхов инородное тело высокой интенсивности (зуб)

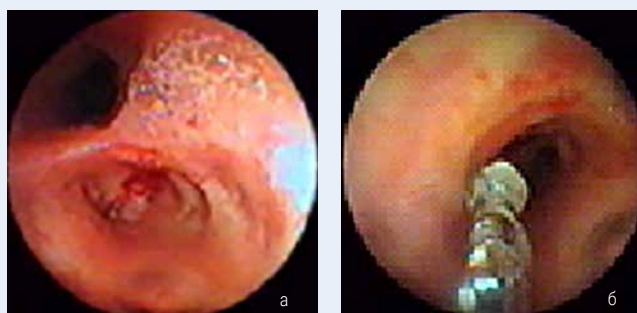


Рис. 12. Инородное тело полностью закрыто грануляциями (а), после разрушения грануляций инородное тело захвачено и извлечено (б)

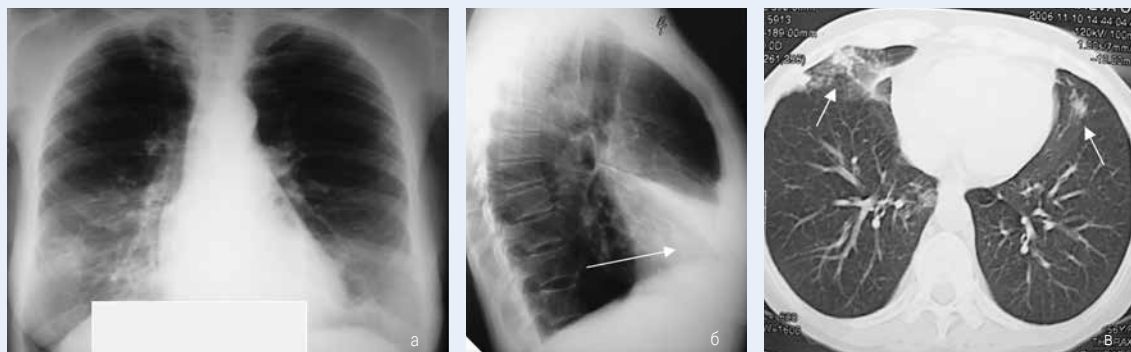


Рис. 13. Больная Ш. 46 лет. СПИД. Инфильтративный туберкулез средней доли, специфический очаг в С5 слева: а – прямая рентгенограмма, б – боковая рентгенограмма, в – СКТ. Инфильтрация средней доли и С5 левого легкого

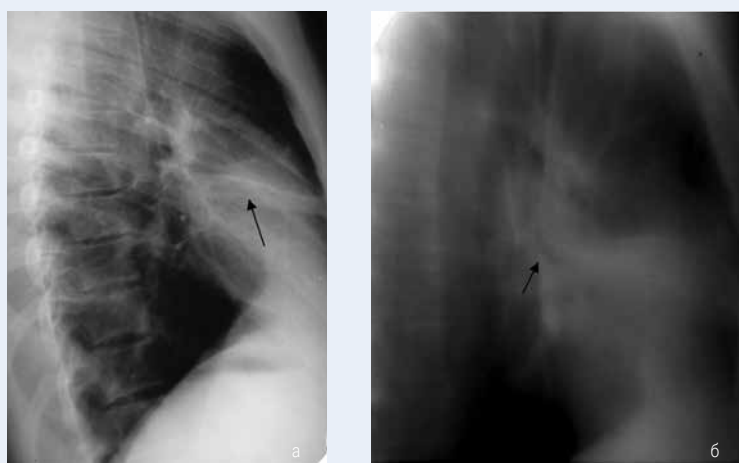


Рис. 14. Больной Ф. 16 лет. Невринома среднедолевого бронха: а – правая боковая рентгенограмма, б – правая боковая томограмма. Средняя доля в ателектазе, «культя» среднедолевого бронха с четким прямым контуром

больным в течение двух месяцев. При рентгенологическом исследовании заподозрен центральный рак средней доли правого легкого. Во время бронхоскопии устье среднедолевого бронха сужено, слизистая в области сужения гладкая, блестящая, плотная при инструментальной пальпации. Взят бронхиальный смыв справа на атипические клетки и микобактерии туберкулеза. В смыве скопление мерцательного эпителия без атипии. Произведена биопсия. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружена фиброзная ткань. Больному проведено четыре санационные бронхоскопии с положительным эффектом: одышка и кашель исчезли, гиперемия и отек слизистой уменьшились, секрет слизистый, в небольшом количестве. Через один месяц повторно выполнена бронхоскопия с биопсией – результат гистологического исследования биопсийного материала отрицательный. Через три месяца эндоскопиче-

ская картина прежняя. Во время бронхоскопического исследования взята биопсия. При морфологическом исследовании биопсийного материала картина плоскоклеточного неорогатовывающего рака.

Как видно из представленного наблюдения, иногда сложно провести дифференциальный диагноз между строго ограниченным деформирующим бронхитом со стенозом устья бронха и перибронхиальной формой центрального рака легкого даже на основании комплексного рентгено-эндоскопического и морфологического исследований биопсийного материала. Только неоднократно повторенные биопсии помогли верифицировать диагноз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного обследований 123 пациентов установлено, что наиболее

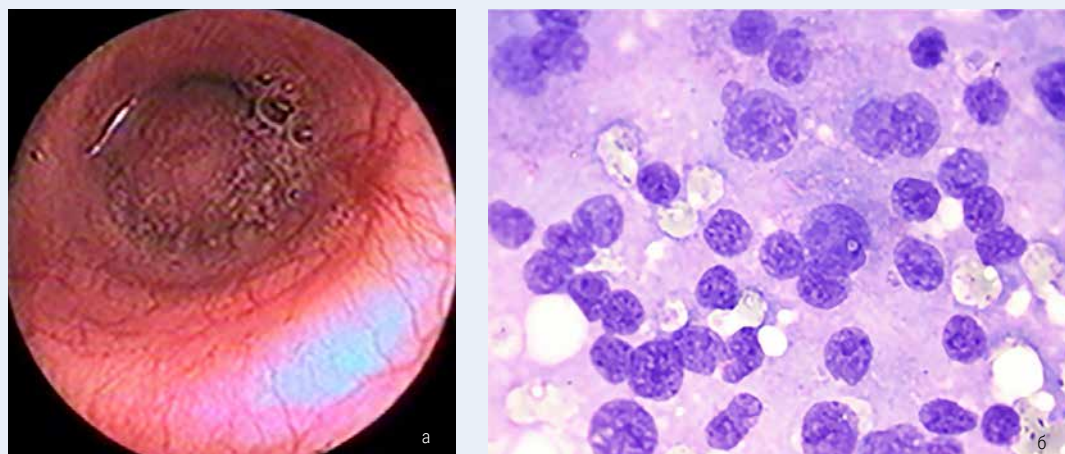


Рис. 15. Типичный карциноид промежуточного бронха справа: а – опухоль полностью обтурирует устье среднедолевого бронха; б – цитограмма – видны крупные ядра различной формы

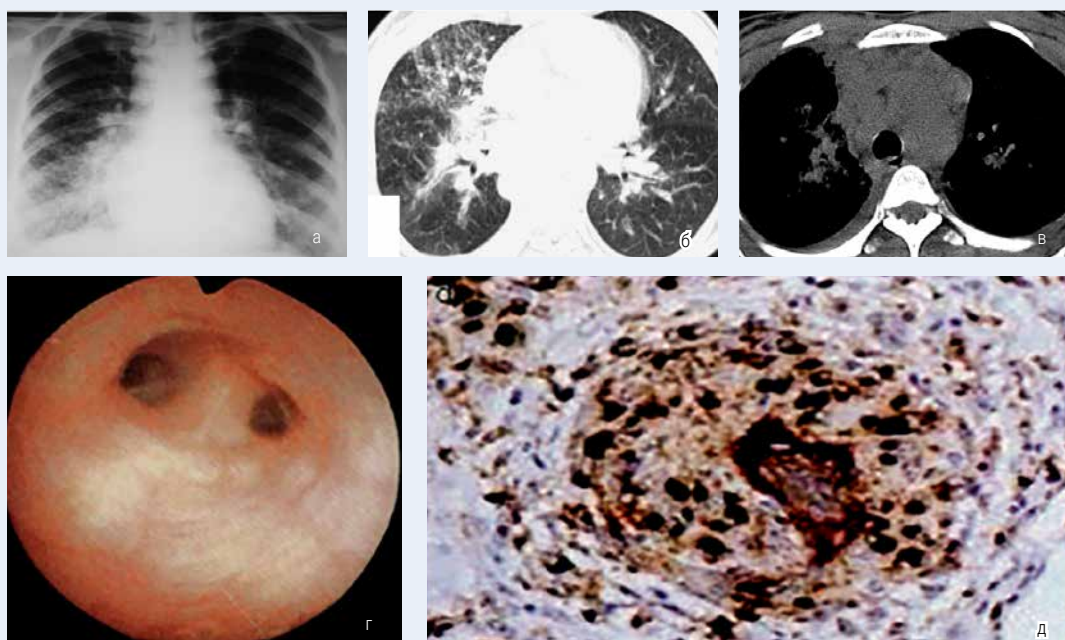


Рис. 16. Больной В., 34лет. Саркоидоз органов дыхания: а - прямая рентгенограмма; б, в - СКТ. В средней доле и С8 мелкоочаговые тени гранулем, двустороннее увеличение ВГЛУ, г - инфильтративное поражение слизистой оболочки специфической этиологии; д - морфологическое исследование биопсийного материала - гигантоклеточные эпителиодные гранулемы

часто синдром средней доли развивался у больных с воспалительными и нагноительными заболеваниями (89 пациентов – 72,4%). Благодаря проведенному комплексному обследованию диагноз был верифицирован у 99,2% больных. Пациентам с синдромом средней доли необходимо выполнять бронхоскопию не только для визуальной оценки состояния слизистой оболочки бронхов и вы-

полнения различных видов биопсий, но и для проведения лечения через эндоскоп с включением оперативных и санационных бронхоскопий и NO-терапии. Включение в комплексное лечение NO-терапии у пациентов с картиной бронхита III степени интенсивности воспаления способствовало сокращению сроков лечения на 2-3 сеанса лечебных бронхоскопий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чернеховская Н. Е., Федченко Г. Г., Черепянцев Д. П., Андреев В. Г., Иванова В. О. Синдром средней доли. Учебное пособие. М.: Российская медицинская академия последипломного образования. 1999. 20 с.
2. Непомнящих Г. И. Патологическая анатомия и ультраструктура бронхов при хроническом воспалении легких. Новосибирск: Наука. 1979.
3. Чернеховская Н. Е., Федченко Г. Г., Андреев В. Г., Поваляев А. В. Рентгенография и бронхоскопия органов дыхания//М.: БИНОМ. – 2020. 253 с.
4. Кижаяев Е. В., Борисов В. И., Столбовой А. В., Чернеховская Н. Е. Рак легкого. – М.: БИНОМ. – 2015. – 144 с.
5. Туберкулез и внутренние болезни//Под ред. А. С. Свистуновой, Н. Е. Чернеховской. М.: Академия. 2005.
6. Симоненко В. Б., Дулин П. А., Маканин М. А. Карциноидные опухоли//Клиническая медицина. 1998. № 12. С. 57-59.
7. Andre S., Coreia G. M., Raposo M. Pulmonary carcinoid tumours//Breathe. 2006. V.2. P. 323-331.
8. Розенштраух Л. С., Рыбакова Н. И., Винер М. Г. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. М.: Медицина. 1987. 640 с.
9. Лукомский Г. И., Шулутко М. Л., Винер М. Г., Овчинников А. А. Бронхопальмонология. М.: Медицина. 1982. 399 с.
10. Чернеховская Н. Е., Шишло В. К., Андреев В. Г., Поваляев А. В. Лимфатическая терапия в практической медицине. – М.: «МЕДпресс-информ». 2011. 135 с.
11. Ignarro L. J. Physiology and pathophysiology of nitric oxide//Kidney Intern. – 1996. – Vol. 49. – P. 52-55.
12. Северин Е. С., Муйжнек Е. Л., Северин С. Е. Концепция вторичных мессенджеров: от фундаментальных основ к клинической практике: монография. – М.: Лимитрейд График Групп. – 2005. – 336 с.
13. Руководство по применению аппарата «Плазон» в хирургической практике. М.: ФГПУ «Щербинская типография». – 2003. – 94 с.
14. Чернеховская Н. Е., Андреев В. Г., Поваляев А. В. Лечебная бронхоскопия в комплексной терапии заболеваний органов дыхания. М.: «МЕДпресс-информ». 2011. 144 с.