

больных ИФА.

В заключение следует указать на важную роль иммунологических процессов, протекающих непосредственно в легочной ткани больных ИФА и саркоидозом, в патогенезе этих заболеваний. Важно отметить, что конечной целью изучения иммунопатогенеза саркоидоза легких и идиопатического фиброзирующего альвеолита является поиск возможных путей для предотвращения каскада иммунологических и биохимических изменений, наблюдаемых в легочной ткани таких больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Campbell D. A., Poulter L. W., du Bois R. M. Phenotypic analysis of BAL cells from patients with interstitial lung disease // *Thorax*.— 1986.— Vol. 41, N 6.—

P. 429—434.

2. Müller-Quernheim J., Pfeifer S., Strausz J. et al. Correlation of clinical and Immunological parameters of the Inflammatory Activity of pulmonary Sarcoidosis // *Am. Rev. Respir. Dis.*— 1991.— Vol. 144, N 6.— P. 1322—1329.
3. Ozaki T., Hayashi H., Tani K. et al. Neutrophil chemotactic Factors in the respiratory Tract of Patients with Chronic Airway Diseases of Idiopathic Pulmonary Fibrosis // *Ibid.*— 1992.— Vol. 145, N 1.— P. 85—91.
4. Pohl W. R., Thompson A. B., Körn H. Serum procollagen III Peptid level in subjects with Sarcoidosis // *Ibid.*— N 2.— P. 413—417.
5. Thomas P. D., Hunninghake G. W. Current concepts of the pathogenesis of sarcoidosis // *Ibid.*— 1987.— Vol. 135, N 3.— P. 747—760.
6. Turner-Warwick M., Haslam P. L. The value of serial bronchoalveolar lavages in assessing the clinical progress of patients with cryptogenic fibrosing alveolitis // *Ibid.*— N. 1.— P. 26—34.

Поступила 09.04.93.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1993

УДК 616.24-002-073.75

О. Л. Панасик, В. А. Картавова

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЛОКИРОВАННОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО

НИИ пульмонологии МЗ РФ, Санкт-Петербург

THE ROENGENOLOGIC CHARACTERISTICS OF BLOCKED PULMONARY ABSCESS

O. L. Panasik, V. A. Kartavova

Summary

Data of 12 patients with blocked pulmonary abscess cured in the reserch institute of pulmonology in the period from 1988 to 1992 were presented. Difficulties of the differential diagnostics of blocked pulmonary abscess and some features of its clinical roentgenological abd bronchological currence and of data of the morphological and hystological currence and of data of morphological and hystological studies were observed. The role of transbronchial puncture resulting in some cases in the abscess cavity drainage and in the patient relief was emphasized.

Резюме

В статье приводятся данные 12 больных, лечившихся во ВНИИ пульмонологии с 1988 по 1992 год по поводу заблокированного абсцесса легкого. Обращается внимание на трудности дифференциальной диагностики заблокированных абсцессов легкого, а также на некоторые особенности их клинико-рентгенобронхологической картины и данных морфологического и гистологического исследования. Подчеркивается роль чрезбронхиальной пункции, которая в некоторых случаях может привести к дренированию полости абсцесса и выздоровлению больного.

В рентгенологической картине острого абсцесса легкого принято различать три стадии развития: инфильтрация, распад и опорожнение гнойника [3, 7]. Каждая из перечисленных фаз имеет свою продолжительность. Последовательность их возникновения во многом зависит от состояния дренирующего бронха. Обычно фаза инфильтрации длится 5—10 дней, после чего возникает типичная картина полости с наличием жидкости (или без нее) в зоне затемнения без четких границ. При благоприятном течении опорожнение

гнойника через дренирующий бронх сопровождается постепенным уменьшением размеров полости и инфильтрации в окружающей легочной ткани. В ряде случаев стадия инфильтрации затягивается на неопределенное время и, несмотря на деструкцию в легочной ткани, полость абсцесса при рентгенологическом исследовании выявить не удается. Значительную роль при этом играет закупорка дренирующего бронха некротическими массами. Возникает рентгеновская картина заблокированного абсцесса.

Термин «блокированный абсцесс» используется в литературе рядом авторов [1, 3, 4, 6] с целью отметить его нетипичность как в клиническом, так и в рентгенологическом аспектах. Синонимом указанного термина является термин «закрытый абсцесс» [7].

Распознавание блокированного абсцесса легкого нередко представляет значительные трудности из-за скелетного сходства с другими патологическими процессами, такими как рак, туберкулез. Вместе с тем в литературе вопрос диагностики блокированных абсцессов освещен недостаточно и многие положения требуют уточнения.

В Институте пульмонологии с 1988 по 1992 годы наблюдались 12 больных, страдающих блокированными абсцессами, что составляло 9 % от общего числа больных абсцессами легких, поступивших в институт за этот период (130). Это были мужчины в возрасте 33—54 лет. У 7 больных заболевание началось остро и характеризовалось интоксикационным синдромом, у остальных 5 больных клинические признаки развивались постепенно и не имели достаточной выраженности. У 1 больного изменения были выявлены при профилактической флюорографии. Из 12 наблюдаемых больных 8 человек злоупотребляли курением.

Время от появления первых симптомов до госпитализации составляло от 1 месяца до 6 лет. В трех случаях была повторная госпитализация, так как после консервативной терапии, принесшей временное облегчение, состояние снова ухудшалось и больные поступали в клинику для оперативного лечения. В процессе наблюдения и ле-

чения у всех больных были выполнены фиброbronхоскопия и чрезbronхиальная биопсия с последующим гистологическим и цитологическим исследованием полученного материала. При фиброbronхоскопии у 9 больных выявлялись нормальные показатели, у 2 — легкие нарушения их и лишь в 1 случае отмечалось значительное нарушение bronхиальной проходимости.

Рентгенологическая картина характеризовалась наличием затемнения без четких контуров, выраженной интенсивности. У 5 человек изменения локализовались в правом, у 7 — в левом легком. У 6 больных инфильтрация занимала один сегмент или часть его, а у других 6 больных она была полисегментарной.

При ретроспективном анализе рентгенологической документации была отмечена динамика изменений, характеризующаяся нарастанием инфильтрации (у 1 больного), появлением неоднородности затемнения (у 3 больных) или сочетанием этих симптомов (у 3 больных). Важно отметить, что возникающие участки просветления в дальнейшем могли исчезать либо сохраняться. У 5 больных рентгенологическая картина оставалась практически неизменной на протяжении всего срока наблюдения.

Среди рентгенологических методик, имеющих диагностическое значение, необходимо отметить томографию, так как она в ряде случаев устанавливала наличие полости. При целенаправленном исследовании у 2 больных нам удалось выявить просветление, иногда небольшого диамет-

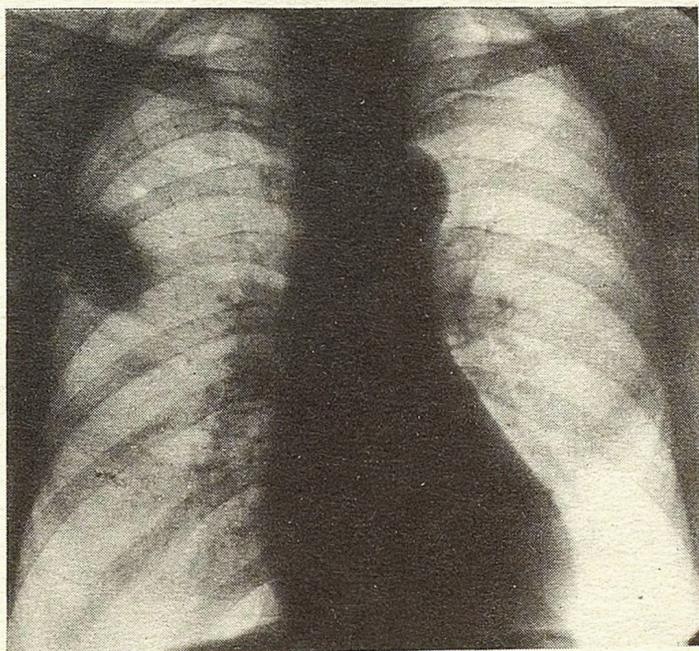


Рис. 1. Прямая рентгенограмма грудной клетки больного П., 52 лет. Определяется округлое затемнение в верхней доле правого легкого с нечеткими контурами, однородной структуры.

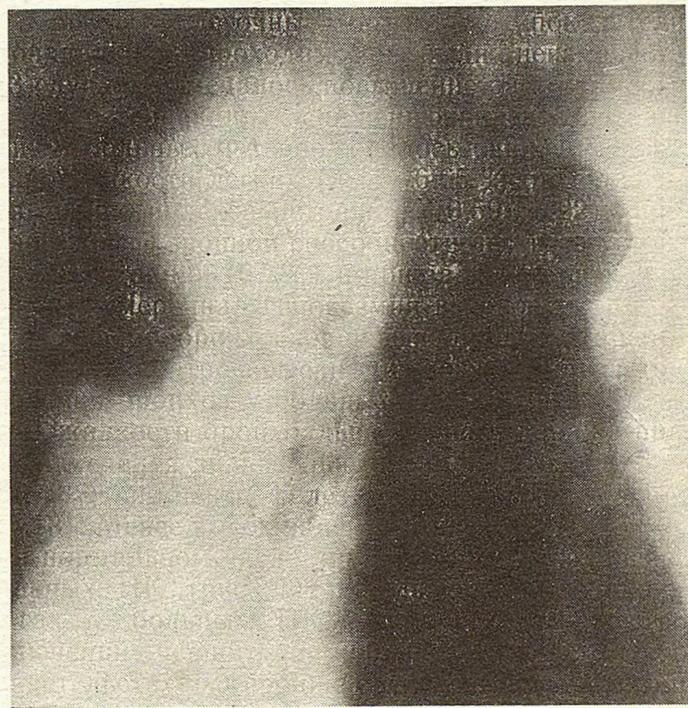


Рис. 2. Томограмма того же больного в задней проекции. Округлая тень в верхней доле правого легкого. Реакция пристеночной плевры. Просвет правого верхнедолевого бронха не изменен.

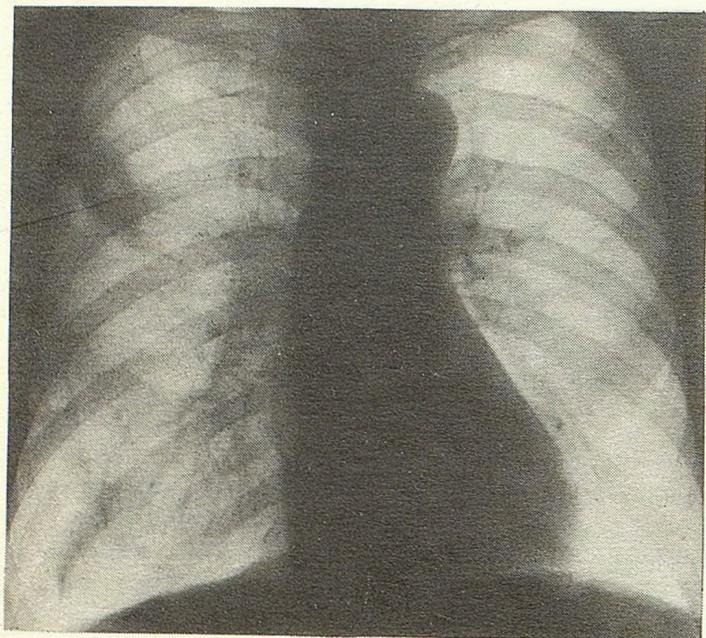


Рис. 3. Рентгенограмма того же больного после антибактериальной терапии. Значительное уменьшение размеров тени, в центре которой видна полость.

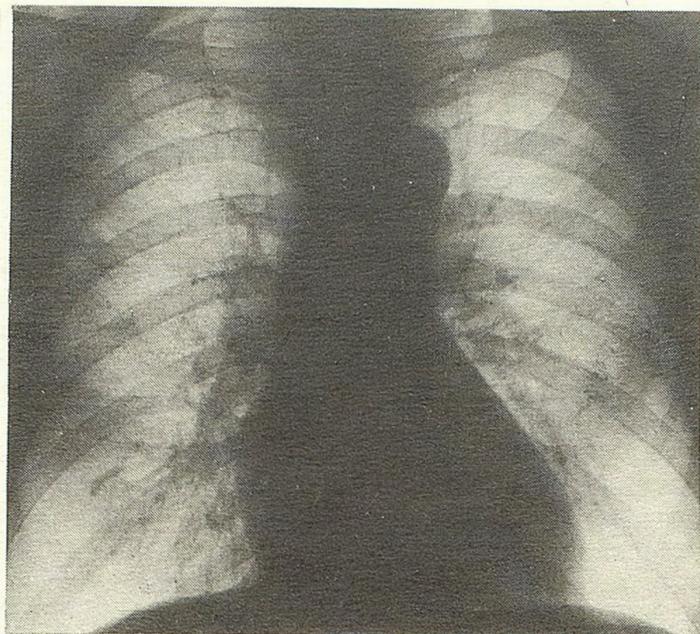


Рис. 4. Рентгенограмма грудной клетки того же больного через 4 месяца. Инфильтрации в легких нет. Сохраняется подчёркнутая междолевая плевра в проекции бывшего затемнения.

ра (0,5—0,8 см) на фоне довольно интенсивного затемнения. Просвет соответствующего бронха был сохранен у 8 больных, у остальных 4 он не определялся. Бронхографическое исследование ни у одного из 5 больных не выявило полости, в которую бы проникало контрастное вещество, что свидетельствовало о нарушении функции соответствующего бронха. Таким образом, томография и бронхография не давали возможности определить характер патологического процесса на основании состояния дренирующего бронха, так как выявление таких симптомов, как обрыв бронха или отсутствие видимости его просвета, при послойном исследовании не имели диагностического значения и могли наблюдаться при самых различных патологических процессах.

Дифференциальный диагноз проводился с центральной или периферической опухолью легкого, бронхиолоальвеолярным раком, туберкулезом.

В процессе наблюдения и лечения больных с заблокированными абсцессами проводилась чрезбронхиальная пункция с попыткой дренирования полости абсцесса. Раздренировать абсцесс удалось у двух больных. При рентгенологическом исследовании у них была выявлена полость, а при кашле наблюдалось отхождение большого количества гнойной мокроты и отчетливое улучшение состояния. У одного пациента раздренирование полости возникло после консервативного лечения и сопровождалось уменьшением воспалительных проявлений.

Таким образом, наиболее убедительным признаком наличия заблокированного абсцесса следует считать возникновение полости после его раздренирования в результате консервативного лече-

ния или катетеризации, что обычно сопровождалось клиническим улучшением.

Больной П., 52 лет, госпитализирован во ВНИИП с диагнозом: инфильтрат III сегмента правого легкого. При поступлении были жалобы на кашель со светлой мокротой. Болен в течение месяца. В периферической крови лейкоцитоза не было. Рентгенологически отмечалось однородное затемнение с нечеткими контурами в проекции III сегмента правого легкого, подозрительное на периферический рак (рис. 1, 2). Однако после активной терапии в течение двух недель было получено значительное уменьшение размеров тени с появлением полости (рис. 3), что свидетельствовало о разблокировании абсцесса. После окончания лечения больной был выписан в удовлетворительном состоянии (рис. 4).

Однако в большинстве случаев консервативное лечение заблокированного абсцесса даже на протяжении длительного срока не давало стойкого терапевтического эффекта, вследствие чего у 9 больных из 12 было осуществлено хирургическое вмешательство — резекция одной или двух долей в зависимости от протяженности процесса. Причем у 3 больных, у которых вначале удалось добиться улучшения, после выписки из стационара наступило ухудшение, в результате чего потребовались повторная госпитализация и оперативное лечение. Послеоперационное течение было гладким у 8 больных, а в одном случае отмечались осложнения: формирование бронхоплеврального свища, остеомиелит двух ребер, сохранение остаточной плевральной полости, что потребовало длительного лечения, повторных операций и закончилось формированием ограниченного пневмоторакса.

У всех оперированных больных при морфологическом исследовании удаленной части легкого была найдена полость абсцесса с воспалитель-

ной инфильтрацией вокруг. В полости, как правило, имелись некротические массы, которые в ряде случаев были найдены и в просвете дренирующего бронха.

У больных с длительным анамнезом гистологическая картина свидетельствовала о развитии хронического или подострого абсцесса: отмечалось наличие полости, выстланной эпителием, с участками пневмосклероза, аденоматоза, ксантоматоза и мелких бронхоэктазов по периферии.

В заключение следует сказать, что блокированный абсцесс легкого характеризуется атипичной рентгенологической картиной и распознавание его нередко затруднено. Диагностика блокированного абсцесса требует использования целого комплекса рентгеновских методик для исключения в первую очередь центральной, периферической, бронхиолоальвеолярной опухоли, туберкулеза, актиномикоза. Выявление ограниченного гнойного эндобронхита при фиброскопии и/или феномен раздренирования (появление полости на фоне затемнения при консервативном лечении либо чрезбронхиальной биопсии в сочетании с одномоментным отхождением большого количества мокроты и клиническим улучшением состояния больного) следует считать наиболее на-

дежными диагностическими признаками блокированного абсцесса легкого.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бродский С. Р. О клинко-рентгенологической диагностике абсцессов и гангрены легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Баку, 1984.
2. Гордеева Т. Я. Динамика рентгенологической картины острых абсцессов легких, леченных неоперативным путем: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Л., 1982.
3. Колесников И. С., Вихриев Б. С. Абсцессы легких — Л.: Медицина, 1973.
4. Лаптев А. Н. Диагностика и лечение блокированного абсцесса легкого // Клин. хир.— 1986.— № 10.— С. 6—7.
5. Лаптев А. Н. Микрофлора абсцессов легких до и после их прорыва в бронх // Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания, 1-й: Сборник резюме.— Киев, 1990.— № 456.
6. Путов Н. В., Толузаков В. Л., Егизарян В. Т. Абсцессы легких // Руководство по пульмонологии / Под ред. Н. В. Путова, Г. Б. Федосеева.— Л.: Медицина, 1987.— С. 319—337.
7. Федоров Б. П., Воль-Эпштейн Г. Л. Абсцессы легких.— М.: Медицина, 1976.
8. Худяков Л. М., Русанова Н. В., Мезанцев И. А. Диагностика блокированных абсцессов легких // Всесоюзный конгресс по болезням органов дыхания, 1-й: Сборник резюме.— Киев, 1990.— № 465.

Поступила 09.04.93.

Заметки из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1993

УДК [616.24+616.231+616.329]-007-031.14-053.2

Ю. Н. Левашев, В. П. Молодцова, В. В. Варламов, И. В. Мосин,
В. Л. Лебедев

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЕГКОГО, ТРАХЕИ И ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА 11 ЛЕТ

Отдел хирургии и трансплантации легких НИИ пульмонологии МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Одним из наиболее частых вариантов сочетанного порока органов дыхания и желудочно-кишечного тракта является врожденная непроходимость (атрезия) пищевода с сопутствующим трахеопищеводным соустьем (Баиров Г. А., 1984; Имре Й., 1985). Этот вид патологии обычно диагностируется сразу же после рождения ребенка и требует экстренного оперативного вмешательства. Изолированный, тем более широкий, трахеопищеводный свищ встречается крайне редко, а описаний его сочетания с кистозной гипоплазией легкого и сепарацией бронхов верхних долей в литературе нам не встретилось.

Больной Н., 11 лет, поступил в отделение 14.09.92 г. с жалобами на кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты до 100 мл в сутки. Болен с рождения. — частые

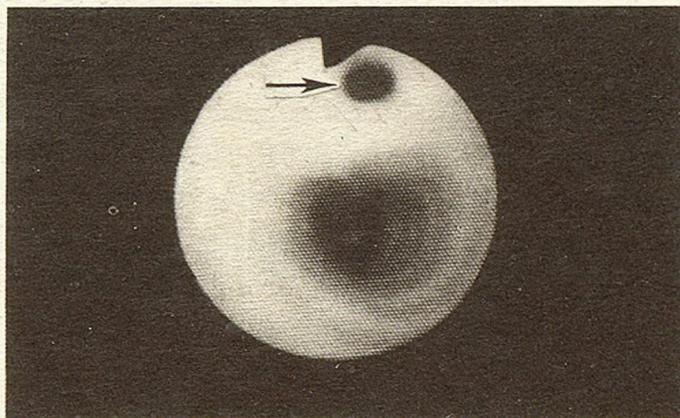


Рис. 1. Эндофотограмма трахеи. Трахеопищеводный свищ на задней стенке средней трети трахеи.