

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-3-50-52

УДК 616.24-002-073.7

Синдром средней доли: клиническое наблюдение

В. П. Янчук

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9, тел.: +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Middle lobe syndrome: a clinical case

V. P. Yanchuk

Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, 680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Под термином «синдром средней доли» подразумеваются процессы, которые приводят к тому, что из-за внешнего давления и изменений в состоянии тканей сужаются воздухоносные пути. Обзорная рентгенография в двух проекциях является базовым методом лучевого обследования больных с подозрением на пневмонию средней доли. Недуг развивается у 6 % людей с заболеваниями легких. Синдром средней доли – неокончательный клинический и рентгенологический диагноз. Он требует уточнения патологического процесса.

Ключевые слова: пневмония, синдром средней доли, рентгенологические исследования.

The term of middle lobe syndrome refers to abnormal processes that lead to the fact that due to external pressure and changes in the state of tissues, the airways are narrowed. Plain radiography in two projections is the basic method of radiological examination of patients with suspected "pneumonia" of the middle lobe. The disease develops in 6% of people with lung disorders. Middle lobe syndrome is an inconclusive clinical and radiological diagnosis. It requires clarification of the abnormal process.

Key words: pneumonia; middle lobe syndrome; X-ray studies.

Синдром средней доли развивается у 6 % людей с заболеваниями легких. Среди причин синдрома средней доли на первом месте стоят инфекционные процессы, саркоидоз легких, возвратная пневмония и туберкулез у пожилых людей. Эти причины наблюдаются у 40-60 % больных со среднедолевым синдромом. Примерно у 20-30 % больных причиной является бронхогенный рак. Инородные тела также могут быть причиной средне долевого синдрома [2, 4, 6].

Механизм развития синдрома средней доли предопределен патологическим состоянием, которое приводит к недостаточному снабжению воздухом участка легких. Добавляется медленный патологический процесс, возникающий при взаимодействии патогенных агентов с микроорганизмами. Полному или частично «выпадению» доли способствует сужение просвета средне долевого бронха. Последнее вызывается воспалительным отеком либо сдавливанием. На поздней стадии синдром приводит к развитию абсцесса легких [1-5].

Клинические проявления синдрома средней доли самые разнообразные и зависят от характера изменений. Иногда синдром средней доли протекает без проявления признаков, но может быть кашель с мокротой, кровохарканье,

боли в груди на пораженной стороне. Наблюдается постоянное или временное повышение температуры тела в пределах 37,0-37,9 °С. Это может происходить в течение нескольких недель или месяцев. Может развиваться обструктивный пневмонит, цирроз и пневмосклероз, фиброателектаз, бронхоэктаз. Гнойно-деструктивные процессы в основном представлены абсцессом в хронической форме либо пневмонией [1-5].

В диагностике синдрома средней доли рентгенологическому исследованию отводится решающая роль: рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, компьютерная томография грудной клетки, бронхография. Не меньшее значение при исследовании имеет и бронхоскопия. Когда проводится бронхоскопия, удается раскрыть причину, по которой нарушается проходимость бронхов, выявить в устье бронха стеноз, гнойный секрет, ино родное тело [1, 3-5].

Рентгенологически синдром средней доли проявляется уменьшением и уплотнением тени средней доли правого лёгкого. Критерием синдрома средней доли является снижение пневматизации и уменьшение объема средней доли. Это определяется в виде тени треугольной формы однородной структуры с четкими кон-



А Б
Рис. 1. А – рентгенологическое исследование ОГК в прямой проекции;
Б – рентгенологическое исследование ОГК в правой боковой проекции

турами, которая вершиной обращена к корню правого легкого, а основанием – к передней грудной стенке и диафрагмальному синусу, либо тени в виде 2–3 см полоски [1–5].

Клиническое наблюдение. Больной Н., 63 лет, поступил 19.11.18 года в одну из городских больниц г. Петропавловска-Камчатского по экстренным показаниям. Диагноз направления: пневмония. Диагноз поступления: внебольничная пневмония в средней доле правого легкого средней степени тяжести, дыхательная недостаточность II ст. по смешанному типу.

При поступлении в стационар пациент жаловался на кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, ноющие боли в мелких суставах кистей, перебои в работе сердца.

Из анамнеза заболевания: болен в течение месяца. 24.10.18 г. амбулаторно обращался за медицинской помощью. По данным флюорографии органов грудной клетки «нельзя исключить инфильтрацию правого легкого», снимки утеряны. Амбулаторно получал курс антибиотикотерапии. Эффект был положительный, но, как оказалось, кратковременный, спустя несколько дней после лечения 07.11.18. повторно обратился в поликлинику, где и был поставлен диагноз J18.9 Пневмония средней доли правого легкого.

Характер заболевания: хроническое, известное ранее. Лечение продолжили до 19.11.18. до поступления в одну из городских больниц г. Петропавловска-Камчатского по экстренным показаниям.

На момент осмотра: состояние средней тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледные, цианоз губ. Перкуторно – притупление справа над S6,8. Аускультативно – ослабление справа над S6,8. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца аритмичны, первый тон ослаблен. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 85 ударов в минуту. Живот правильной формы, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание затруднено.

При поступлении в стационар 19.11.2018 пациенту была выполнена обзорная рентгенография органов грудной полости.

Врачом-рентгенологом высшей категории, заведующим отделением А.В. Бондаренко была описана картина «среднедолевого синдрома», возможно, пневмонии средней доли правого легкого и, с учетом возраста, рекомендована бронхоскопия (рис. 1).

Проведено лабораторное и инструментальное обследование: ОАК: WBC $7,1 \times 10^9/\text{л}$, RBC $2,94 \times 10^{12}/\text{л}$, HGB $<88 \text{ г/л}$, СОЭ 45.0 мм/час. ОАМ: удельная плотность 1015, белок 0,5 г/л, белок количественно 0,7 г/л лейкоциты 2–4 в п. зр., микроскопия лейкоциты 5–7–10, эритроциты 120–150–150, эпителий плоский 1–2–2. Биохимическое исследование: мочевина 43,6 ммоль/л, креатинин 427 мкмоль/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.

Микробиологическое исследование, МБТ(-), УЗИ: признаки изменений поджелудочной железы и печени. Умеренные изменения почек, простые кисты почек. ЭКГ: диффузные изменения миокарда, экстрасистолия. Бронхоскопия на амбулаторном этапе не проводилась.



Рис. 2. «Слепок» самого средне-долевого бронха и сегментарных бронхов

Установлен клинический диагноз: внебольничная пневмония средней доли правого легкого, средней степени тяжести. Дыхательная недостаточность I-II ст. по смешанному типу. ИБС, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Клапанная форма фибрилляции предсердий, экстрасистолия. Хроническая сердечная недостаточность IV-а ст. Сахарный диабет II типа, субкомпенсация. Диабетическая нефропатия ХБП IV ст. Серопозитивный ревматоидный артрит.

Больному проводилась антибиотикотерапия. Были назначены препараты калия, мочегонные, а также нестероидные противовоспалительные препараты по поводу ревматоидного артрита на протяжении 2 недель, без положительной динамики. Бронхоскопия не назначалась и не проводилась. Больной «затяжелел», отмечались явления полиорганной недостаточности и 03.12.18 г. его перевели в реанимационное отделение, где проводилась антибиотикотерапия, кроме этого коррекция водно-электролитного и кислотно-основного

состояния, гастропротекция, гемотерапия, парентеральное питание, энтеральное питание.

С учетом описания врача рентгенолога и по настоянию врачей-реаниматологов 04.12.2018 г. больному была назначена и на следующий день выполнена бронхоскопия. Обнаружено: правый среднедолевой бронх (просвет не прослеживается) заполнен плотным зеленоватым содержимым; с помощью биопсийных щипцов из среднедолевого бронха был получен «слепок», размерами 0,4×0,4×2,5 см, самого среднедолевого бронха и сегментарных бронхов (рис. 2).

По результатам патоморфологического исследования биопсийного материала из измененной стенки среднедолевого бронха после извлечения «инородного тела» констатировано: закупорка среднедолевого бронха справа гнойно-некротическими массами. Ателектаз. Ограниченный эндобронхит. Опухолевый рост не обнаружен.

После проведенной бронхоскопии и интенсивной терапии отмечалась положительная динамика в состоянии больного, улучшилась и рентгенологическая картина. Пациент был переведен в обычную палату и через 2 недели выписан в удовлетворительном состоянии.

Представлено клиническое наблюдение за течением внебольничной пневмонии средней доли правого легкого у пациента 63 лет. Данное клиническое наблюдение интересно тем, что клиническая и рентгенологическая картина у пожилых людей может быть обусловлена и воспалительным процессом, и онкологическим заболеванием, и туберкулезом, что требует тщательной дифференциальной диагностики. Ведущим диагностическим методом является рентгенологический, а диагностическим и лечебным методом в подобных клинических ситуациях является бронхоскопия. Бронхоскопия должна назначаться и выполняться практически сразу после осмотра и проведения рентгенологического исследования, т. е. нужно всегда выполнять стандарт обследования пульмонологического больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карнаушкина М. А. Синдром уплотнения легочной ткани при оценке компьютерно-томографических изображений органов грудной клетки в практике клинициста: патогенез, значение, дифференциальный диагноз / М. А. Карнаушкина, А. В. Аверьянов, В. Н. Лесняк. – DOI 10.18093/0869-0189-2018-28-6-715-721 // Пульмонология. – 2018. – № 28 (6). – С. 715–721.
2. Крючкова Т. А. Синдром средней доли у ребенка / Т. А. Крючкова, Т. А. Романова, И. В. Гудова // Научные ведомости. Серия «Медицина. Фармация». – 2012. – № 16 (135), Вып. 19. – С. 191–193.
3. Ланге С. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной клетки / С. Ланге, Д. Уолли; пер. с англ. под ред. С. К. Тернового, А. И. Шехтера. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 432 с.
4. Тюрин И. Е. Рентгенодиагностика внебольничных пневмоний // Поликлиника. – 2013. – № 3-1. – С. 7–11.
5. Тюрин И. Е. Рентгенодиагностика тяжелой пневмонии и гриппа / И. Е. Тюрин. – DOI 10.22328/2079-5343-2016-1-13-16 // Лучевая диагностика и терапия. – 2016. – № 1. – С. 13–16.
6. Bronchiolitis: A practical approach for the general radiologist / P. J. Winningham, S. Martínez-Jiménez, M. L. Rosado-deChristenson et al. – DOI 10.1148/rg.2017160131 // RadioGraphics. – 2017. – № 37 (3). – P. 777–794.