

Из 32 больных с двусторонними бронхоэктазами у 18 мы от операции воздержались из-за прямых противопоказаний. У 12 произведена односторонняя резекция легкого, в другом легком изменения были небольшие. Под влиянием консервативной послеоперационной терапии у них наступило выздоровление. Одной больной произведена двухэтапная резекция обоих легких. Один больной готовится на вторую операцию — резекцию второго легкого. Все оперированные больные выздоровели.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что хирургическое лечение больных с двусторонними бронхоэктазами открывает большие перспективы перед врачами. Объективная оценка состояния больного и правильная постановка показаний к операции обеспечивают ее успех.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов Н. М., Дедков И. П. Хирургия. 1959, 1. — 2. Колесников И. С. Резекция легких. Медгиз, М., 1960. — 3. Колесов А. П. Вестн. хир. 1959, 9. — 4. Колесов А. П. и Гаджиев С. А. Груд. хир. 1960, 3. — 5. Куприянов П. А. и Колесов А. П. Многотомное руководство по хирургии. Медгиз, М., 1960, т. V. — 6. Левина З. И. Хирургия. 1964, 1. — 7. Либов С. Л. и Левина З. И. Там же. 1959, 1. — 8. Шулутко М. Л. Там же. 1957, 4. — 9. Overholt a. oth. Bull. New. Engl. Med. Centr., 1952, v. 14, p. 1. — 10. Wynn-Williams. Brit. med. journ. 1953, 1. — 11. Eloesser. Surg. Gynec. Obst., 1933, 57. — 12. Kartagener M. Die Bronchiektasien Handbuch der inneren medicin. IV, 2, Berlin — Göttingen — Heidelberg, 1956. — 13. Lewis. Brit. Journ. Surg. 1936, 24. — 14. Ginsberg a. oth. Surg. Gynec. a. Obst. 1955, 101.

Поступила 17 февраля 1964 г.

БРОНХОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЛЕГОЧНЫХ НАГНОЕНИЯХ

*Проф. О. С. Радбиль, канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн,
И. Г. Филиппова*

Отделение грудной хирургии (зав. — канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн)
дорожной клинической больницы (главврач — В. Г. Колчин)
и вторая кафедра терапии (зав. — проф. О. С. Радбиль)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Вопрос о хронических легочных нагноениях и месте, которое они занимают в патологии легких, в последнее время снова привлекает большое внимание и является предметом дискуссии в связи с успехами легочной хирургии.

Всего за 1961—1962 гг. под нашим наблюдением было 192 больных, страдавших хроническими заболеваниями легких. Среди них преобладающее место (140) занимали больные хроническими неспецифическими нагноениями. У остальных были обнаружены новообразования легких (у 37) и туберкулез легких (у 15). Все больные были подвергнуты комплексному клиническому обследованию, в том числе бронхографии под наркозом. Последний метод обследования, кроме того, применялся по соответствующим показаниям у больных, находившихся на лечении в других отделениях больницы или в поликлинике.

Мы имеем возможность проанализировать 183 бронхограммы.

Мужчин было 121 и женщин 57, в том числе детей до 16 лет 39 (21 мальчик и 18 девочек).

На бронхограммах были установлены деформирующий бронхит, бронхоэктазы и бронхоэктазы в сочетании с деформирующим бронхитом.

У больных деформирующим бронхитом обнаруживались локальные или чаще диффузные изменения бронхов в виде неровностей контуров, неравномерности просвета. Бронхи были вытянуты или укорочены, по ходу их встречались четкообразные утолщения, отсутствовало постепенное истончение бронхов соответственно их порядкам — изменение ширины просвета происходило скачкообразно. Бронхи 3—5 порядка бывали резко утончены либо расширены.

Бронхоэктазы были мешотчатыми, цилиндрическими или смешанными.

У некоторых больных были сочетанные изменения, свойственные обоим упомянутым заболеваниям.

Следует отметить, что, несмотря на наличие некоторых переходных форм, выделение этих трех групп представляется вполне обоснованным и при изучении бронхограмм не вызывает затруднений.

Распределение больных в зависимости от характера процесса и пола приводится в таблице 1.

Таблица 1

Диагноз	Мужчины	Женщины	Всего
Деформирующий бронхит . . .	38/6	20/4	58/10 ¹
Бронхоэктазы	20/7	13/8	33/15
Бронхоэктазы в сочетании с деф. бронхитом	43/8	20/6	63/14
Рак в сочетании с бронхоэктазами	5	—	5
Рак в сочетании с деф. бронхитом	4	1	5
Тбк главного бронха, вызвавший бронхоэктазы	1	—	1
Всего	111/21	54/18	165/39

¹ В знаменателе — дети до 16 лет.

У 13 больных с выраженной клиникой хронической пневмонии бронхиальное дерево на бронхограммах оказалось неизмененным.

Как видно, хронические легочные заболевания являются печальной привилегией мужчин — они болеют вдвое чаще. У детей эта разница почти не определяется. Высокая частота заболеваний у мужчин, вероятно, объясняется большей функциональной жизненной нагрузкой и воздействием неблагоприятных факторов внешней среды (большинство больных мужчин курило).

В клинике легочных заболеваний важное место занимает вопрос о локализации поражения. Большинство авторов указывает на более частое заболевание левого легкого. Подчеркивается также частота двусторонних поражений, особенно в детском возрасте (Д. С. и Л. Д. Линденбратен, 1957; Ю. Ф. Домбровская, 1957; и др.).

Частота правосторонних, левосторонних и двусторонних поражений среди наших больных представлена на таблице 2.

Таблица 2

I. Бронхоэктазии	II. Деформирующий бронхит
а) 1. Правосторонние 25	а) 1. Правосторонний 9
2. Левосторонние 61	2. Левосторонний 15
3. Двусторонние 10	3. Двусторонний 34
В том числе: бронхоэктазии как осложнение тбк или исход лечения тбк (иск. пневмоторакс, эмпиема) 3	В том числе:
б) Бронхоэктазии в сочетании с раком:	1. Односторонний деформирующий бронхит в связи с тбк (иск. пневмоторакс, эмпиема плевры, фиброз и пр.) 5
1. Правосторонние 4	2. Деформирующий бронхит в связи с абсцессом легкого 2
2. Левосторонние 1	3. Абсцесс легкого на фоне двустороннего деформирующего бронхита 4
в) Бронхоэктазии в сочетании с тбк, стенозом бронха справа 1	4. Деформирующий бронхит вследствие сдавления бронха аневризмой аорты 1
Всего 102	б) Деформирующий бронхит в сочетании с раком
	1. Правосторонний 6
	2. Левосторонний 4
	Всего 68

На основании данных таблицы 2 можно сделать следующие выводы:

1. Бронхоэктазы имеют преимущественно левостороннюю локализацию, что полностью совпадает с литературными данными.

2. Двусторонняя локализация бронхоэктазов встречалась у наших больных значительно реже, чем у других авторов.

3. Деформирующий бронхит — по преимуществу двусторонний диффузный процесс. Односторонний процесс нередко бывает следствием (исходом) другой легочной патологии (туберкулез легких, абсцедирующая пневмония и пр.).

Как нередко бывает, число нозологических форм оказывается большим, чем число их симптомов. Это, естественно, создает значительные дифференциально-диагностические трудности, что в полной мере относится к легочной патологии. Если раньше

врача полностью удовлетворяла формулировка диагноза в общем виде, например, «хроническое легочное нагноение», то в настоящее время, в связи с возросшими возможностями легочной хирургии, этим удовлетвориться невозможно. Как известно, некоторые заболевания легких полностью излечиваются оперативно. Не удивительно, что бронхографический метод исследования, полностью разработанный еще в 30-е годы, лишь сейчас занимает должное место в ряду других диагностических приемов. В сущности, только этот метод дает возможность составить ясное представление о наличии или отсутствии сформировавшихся бронхоэктазов, подлежащих устранению хирургическим путем. Другие виды рентгенологического исследования, включая и томографию, имеют в этом плане значительно меньшую ценность.

Бронхографическое исследование играет роль не только в решении вопроса об оперативном лечении больного. Нередко оно может иметь существенное значение при экспертизе трудоспособности. Это важно как в случаях недооценки тяжести заболевания, так и при нередкой гипердиагностике бронхоэктатической болезни.

Больной Г., помощник машиниста, 32 лет, в течение последних двух лет несколько раз освобождался от работы в связи с диагнозом «Обострение бронхоэктатической болезни», и его отстранили от работы, связанной с движением поездов. При бронхографическом же исследовании никаких бронхоэктазов обнаружено не было. Очевидно, больной страдал обострениями хронической интерстициальной пневмонии.

С аналогичной ситуацией мы встретились еще у 12 больных.

Едва ли следует доказывать, что метод бронхографии, как и всякий другой метод исследования, имеет свои пределы и, используемый без сопоставления с клинической симптоматикой, может привести к грубым ошибкам.

Так, больной Б., 44 лет, поступил в отделение по поводу неспецифической легочной чахотки. При рентгенологическом исследовании было установлено «мертвое» легкое слева, на бронхограмме — тотальные бронхоэктазы. Состояние больного прогрессивно ухудшалось, и через 2 месяца он скончался. На вскрытии был обнаружен рак средне-грудного отдела пищевода, прораставший в левый ствол бронх; за счет распада опухоли проходимость бронха полностью восстановилась.

До сего времени остается дискуссионным вопрос о связи хронического деформирующего бронхита с бронхоэктатической болезнью. Большинство авторов (И. В. Давыдовский, 1939; И. К. Есипова, 1956; П. А. Курпиров, 1952; С. Л. Либов с сотр., 1957) считает, что речь может идти лишь о различных стадиях одного процесса. При этом надо иметь в виду, что эти выводы строятся в основном на данных патогистологии. К сожалению, субстрат этого исследования — микропрепарат не всегда отражает изменения, наблюдающиеся в целом органе. Вот почему мы полагаем, что хронический деформирующий бронхит в гистологическом аспекте может отличаться от деформирующего бронхита в бронхографическом изображении. Следует добавить, что цитированные выше исследователи основывали свои выводы на данных патогистологии и не сопоставляли их с результатами бронхографических исследований, а в работах, посвященных специально бронхографии, вопросы хронического бронхита и хронической пневмонии трактуются в основном с позиции патогистолога (Ю. Н. Соколов и Л. С. Розенштраух, 1958). Нам представляется для клинических целей более целесообразным анализ патологии бронхиального дерева по данным бронхографии.

Для удобства такого анализа приводим следующее сопоставление (см. табл. 1) поражений бронхиального дерева деформирующим бронхитом и бронхоэктазами: 1) бронхоэктазы без деформирующего бронхита; 2) бронхоэктазы в сочетании с деформирующим бронхитом и 3) деформирующий бронхит без бронхоэктазов.

Сочетание деформирующего бронхита и бронхоэктазов встречается примерно в 2 раза чаще, чем изолированные бронхоэктазы.

Обращает на себя внимание, что тотальные бронхоэктазы и поликистоз справа, которые расцениваются обычно как врожденная патология, среди наших больных у 9 из 10 наблюдались одновременно с тотальным левосторонним деформирующим бронхитом. Создается впечатление, что деформирующий бронхит и бронхоэктазы не всегда являются последовательными стадиями одного и того же процесса, а могут существовать одновременно и независимо друг от друга в качестве следствия хронического воспаления.

О том, что хронический деформирующий бронхит может быть и конечной стадией бронхосклероза, свидетельствует бронхограмма больного С., 58 лет, где определяется чрезвычайно резко выраженный деформирующий бронхит с отдельными мелкими эктазиями.

Это весьма важное обстоятельство, так как деформирующий бронхит в оставшихся после операции отделах легкого обычно не ухудшает течение послеоперационного периода.

Таким образом, хроническая неспецифическая пневмония, выражающаяся рентгенологически нерезко выраженным склерозом легочной ткани и деформацией бронхиального дерева, по нашему мнению, сама по себе не должна служить объектом хирургического вмешательства. По данным В. И. Стручкова, у 19,1% больных в удаленных препаратах — деформирующий бронхит.

При отсутствии бронхоэктазов показаниями к резекции легкого является выраженный и длительно существующий ателектаз легочной ткани. Мы наблюдали 3 таких больных, из которых двое были оперированы.

Не вызывает сомнений то обстоятельство, что коллапсотерапия туберкулеза легких, а также специфические эмпиры плевры нередко приводят к вторичным изменениям бронхиального дерева (см. табл. 2). Однако утверждение некоторых авторов о том, что туберкулезный лимфаденит у детей нередко является причиной бронхоэктатической болезни, с нашей точки зрения, остается дискуссионным. При тщательном клинко-рентгенологическом изучении историй болезни наших больных, в том числе 39 детей, мы лишь у двух могли предположить со значительной долей вероятности, что причиной бронхоэктазов является туберкулезный лимфаденит. Так, например, больной Р., 25 лет, в детстве болел правосторонним туберкулезным лимфаденитом, состоял на учете у фтизиатров. На обзорном снимке обнаружен поликистоз верхней доли правого легкого и петрификат у верхнего полюса корня правого легкого. На бронхограмме верхнедолевой бронх представляется как бы ампутированным. При операции обнаружено, что указанный бронх был сдавлен петрифицированными лимфоузлами. Гистологически в указанных лимфоузлах — хронический туберкулезный процесс.

Нельзя не отметить, что все наблюдавшиеся нами дети и юноши длительное время находились на учете в туберкулезных диспансерах, госпитализировались в противотуберкулезные стационары при отсутствии реальных данных, свидетельствующих об активном специфическом процессе. По данным С. И. Волчка, в отношении 85% детей с хронической пневмонией имела место гипердиагностика туберкулеза легких.

О частоте врожденных бронхоэктазов мнения авторов резко расходятся (от 1 на 89 больных у С. Л. Либова до 80% у Зауэрбуха). Мы склонны полагать, что врожденные бронхоэктазы встречаются чаще, чем указывают многие современные авторы. Важность этого вопроса диктует необходимость сделать его предметом специального сообщения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В дифференциальной диагностике хронических легочных нагноений решающее место принадлежит бронхографическому методу исследования.

Мы не можем согласиться с утверждением большинства авторов, что хронический деформирующий бронхит и бронхоэктазы суть последовательные стадии одного и того же процесса. Они могут существовать параллельно, деформирующий бронхит может остаться конечным исходом легочного склероза. В ряде случаев хроническая интерстициальная пневмония ограничивается легочной тканью без рентгенологически выявляемого перехода на бронхи. Из этого вытекает, что оперативному лечению, как правило, подлежат участки легкого со сформировавшимися бронхоэктазами, гораздо реже — участки ателектаза. При наличии умеренного пневмосклероза с деформирующим бронхитом вопрос об операции должен, очевидно, решаться на основе динамики процесса (в первую очередь, с позиций онколога).

На наш взгляд, не вызывает сомнений полиэтиологичность бронхоэктатической болезни, которая может возникать вследствие хронической неспецифической пневмонии, туберкулеза и нередко пороков развития бронхиального дерева; бронхоэктазы могут осложнять течение некоторых форм рака и туберкулеза. Туберкулезный лимфаденит, по нашему мнению, весьма редко является причиной бронхоэктатической болезни.

Поступила 6 декабря 1963 г.

СИНДРОМ «СРЕДНЕЙ ДОЛИ» В КЛИНИКЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Н. А. Гланцберг

Главврач специализированного санатория «Колчаново»
(научн. руководитель — проф. С. А. Гаджиев)

В 1948 г. Gracham, Burford и Mayer описали рентгенологическую картину патологических изменений в средней доле правого легкого, в основе которых лежит ателектаз этой доли. Они выделили и обозначили данную патологию как «среднедолевой синдром». Анатомическими предпосылками избирательного поражения средней доли многие считают стенозирование среднедолевого бронха. При этом придается решающее значение анато-топографическим особенностям бронха средней доли (узкий просвет бронха, окруженного лимфатическими узлами).

Большинство авторов считает среднедолевой синдром полиэтиологичным понятием. Этиопатогенетическими факторами, приводящими к возникновению ателектаза средней доли, чаще всего являются эндобронхиальный рак, ателектатические пневмонии и компрессия среднедолевого бронха увеличенными и рубцовоизмененными лимфатическими узлами (Е. Я. Подольская, 1962).

В настоящее время ряд авторов рассматривает среднедолевой синдром как следствие стеноза бронха на почве воспалительного процесса, в частности при брон-