

АРХИТЕКТОНИКА БРОНХОВ 4—5 СЕГМЕНТОВ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

Н. В. Волкова, Я. М. Лазебников, Д. А. Хабибуллина

15-я городская клиническая больница (главврач — Л. А. Баранчикова). Научный руководитель — проф. М. Р. Рокицкий

Настоящая работа посвящена изучению архитектоники бронхов 4 и 5 сегментов обоих легких у детей в нормальном и патологически измененном легком по данным одномоментной двусторонней бронхографии под наркозом, так как при хронических нагноительных заболеваниях легких средняя доля и язычковые сегменты часто вовлекаются в патологический процесс, а потому подвергаются оперативным вмешательствам.

Нами проанализированы бронхограммы 800 детей (возраст — от 15 дней до 14 лет), обследованных по поводу хронических нагноительных заболеваний легких и плевры. Так как в своей работе мы пользуемся методикой одномоментной двусторонней бронхографии под наркозом, то и архитектонику бронхиального дерева изучали в прямой и двух косых, а не боковых, как принято, проекциях. Рентгеноанатомию бронхов В₄₊₅ в норме мы изучали у 80 пациентов с клиникой хронического нагноения и нормальной картиной бронхиального дерева или с незначительными изменениями, существенно не отражающимися на архитектонике интересующих нас бронхов. При измерении углов отхождения бронхов нами использована методика Б. И. Ищенко, А. В. Гряднева, О. Н. Кашинцева, которая удобна для сравнения до- и послеоперационных бронхографических данных.

По нашим наблюдениям, среднедолевой бронх ответвляется от бронхиального ствола под углом 110—130° (в единичных случаях — 135—140°). Ответвление среднедолевого бронха от бронхиального ствола в 53,1% было на уровне отхождения верхушечного бронха (В₆), в 38,7% — ниже В₆; выраженный нижнедолевой бронх в правом легком у детей был обнаружен лишь в 8,1% наблюдений, что следует учитывать при оперативных вмешательствах. В процентном отношении это значительно меньше, чем у взрослых (по данным, приведенным И. С. Колесниковым, Н. В. Путовым, С. Н. Соколовым). Б. К. Шаров считает отхождение В₆ выше среднедолевого бронха аномалией развития, в то время как по нашим наблюдениям это довольно частый вариант отхождения средней доли.

Длина среднедолевого бронха с возрастом ребенка увеличивается: у детей до 3 лет она равна 7—16 мм, 4—7 лет — 11—22 мм, 8—14 лет — 13—22 мм. У детей старшего возраста она приближается к длине взрослого человека.

По данным бронхографии, в большинстве наблюдений (48,75%) среднедолевой бронх имел рассыпной тип ветвления, несколько реже (32,5%) — бифуркационный, в 18,75% он делился на три ветви (трифуркационный тип). В литературе мы не нашли сведений о рассыпном типе, а отчетливое деление на три ветви М. Х. Джаубаев и др. встретили лишь в 2—5%. По-видимому, этот тип ветвления является особенностью детского возраста.

Угол расхождения сегментарных стволов при бифуркационном ветвлении равен 30—40°, при трифуркационном — 20 и 30°.

Бронх 4 и 5 сегментов верхней доли левого легкого отходит под углом 130—145°. Длина его также изменяется в зависимости от возраста и мало отличается от среднедолевого бронха: у детей до 3 лет — 6—15 мм, 4—7 лет — 8—15 мм, 8—10 лет — 8—17 мм, 11—14 лет — 8—20 мм (в то время как у взрослых, по данным Ю. А. Муромского, язычковый бронх значительно короче среднедолевого).

Бронх язычковых сегментов у большинства обследованных (92,5%) делился на два ствола, крайне редко отмечалось деление на три ствола и рассыпной тип (2,5 и 5%). В 12,5% мы выявили совместное отхождение В₃ и В₄₊₅.

Углы расхождения между сегментарными бронхами В₄₊₅ при бифуркационном типе деления колебались в пределах 30—40°, как и у взрослых, при делении на три ствола — 20—30 и 30—40°. При варианте В₃—В₄₊₅ угол расхождения составлял 20—35°. Угол отхождения увеличивался до 215—220°.

При сравнении архитектоники бронхиального дерева в различных возрастных группах установлено, что варианты ветвления сегментарных бронхов, углы отхождения и расхождения бронхов 4 и 5 сегментов не зависят от возраста ребенка.

Из 800 бронхографически обследованных детей у 160 выявлены патологические изменения 4 и 5 сегментов обоих легких (врожденные и приобретенные бронхоэктазии, гипоплазии, хронический деформирующий бронхит), 109 из них прооперированы. У 105 больных процесс был односторонним (у 40 — справа, у 65 — слева), у 55 был двусторонним изменением.

При хронических нагноительных заболеваниях легких у детей, по нашим наблюдениям, в 95% выявлено поражение бронхов 4 и 5 сегментов обоих легких в сочетании с изменениями в нижней доле. Лишь в 5% наблюдений было изолированное пора-

жение средней доли, причем у детей старшего возраста. Изолированного процесса в язычковых сегментах левого легкого нами не обнаружено.

Что касается объема и выраженности изменений, то лишь у 16% больных справа и у 6,2% слева перевес был на стороне средней доли и язычковых сегментов. Чаще же всего изменения преобладали в нижней доле (у 31,0 и 44,2%) или носили одинаковый характер (у 53,0 и 49,6%).

Сопоставление углов отхождения и расхождения долевого и сегментарного бронхов В4+5 обоих легких в нормальном и патологически измененном легком не обнаружило заметного увеличения или уменьшения их. Изменения касаются в основном мелких бронхиальных ветвей, их пространственного перемещения и сближения между собой. Кроме того, по-видимому, имеется некоторое смещение основной оси среднедолевого бронха медиально, а язычкового бронха книзу, медиально и кзади, так что углы отхождения и расхождения остаются не измененными.

Все эти особенности должны учитываться хирургом при составлении плана операции. В большинстве случаев бронхи 4 и 5 сегментов вовлекаются в патологический процесс совместно с нижней долей, причем изменения носят либо однотипный характер, либо с преобладанием процесса в нижней доле. Изолированное поражение указанных сегментов наблюдалось крайне редко.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джаубаев М. Х. Актуальные вопросы грудной хирургии. Ставрополь, 1964.— 2. Ищенко Б. И., Гриднев А. В., Кашинцев О. Н. Вестн. рентгенол. и радиол., 1971, 6.— 3. Колесников И. С., Путов Н. В., Соколов С. Н. Экономные резекции легких при туберкулезе. Медгиз, Л., 1955.— 4. Муромский Ю. А. Клиническая рентгеноанатомия трахео-бронхиального дерева. Медицина, М., 1973.— 5. Шаров Б. К. Бронхиальное дерево в норме и патологии. Медицина, М., 1970.

Поступила 29 октября 1973 г.

УДК 616.24—002:616—085

ВЛИЯНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ

(по данным отдаленных наблюдений)

*В. Ф. Богоявленский, П. Я. Григорьев, В. П. Мачинская,
Н. Ф. Цегельник*

Кафедра факультетской терапии (зав.—проф. П. Я. Григорьев) Благовещенского медицинского института и кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.—проф. В. Ф. Богоявленский) Казанского ордена Трудового Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В последние годы повсеместно отмечается рост заболеваемости затянувшимися и хроническими пневмониями. Речь идет, по-видимому, не столько об истинном увеличении заболеваемости хроническими пневмониями, сколько о частом затяжном течении острых пневмоний и бронхитов с переходом в хронические рецидивирующие и прогрессирующие формы заболевания вследствие недостаточной эффективности проводимой терапии [7 и др.]. В стадии клинической ремиссии при хронической пневмонии и бронхите выявляется немало критериев, характеризующих неполную ликвидацию патологического процесса: наличие в крови высокого титра противолечочных антител [3, 8 и др.], повышенная концентрация в крови серотонина и высокая экскреция с мочой его метаболитов [4 и др.], нарушение дренажной и вентиляционной функции бронхов [2 и др.].

Мы проанализировали течение хронической пневмонии у 132 больных (77 мужчин и 55 женщин в возрасте от 19 лет до 61 года). Все больные поступали под диспансерное наблюдение после обследования и лечения в стационаре по поводу затяжных форм пневмоний или очередных обострений хронических. В течение 5 лет наблюдалось 24 чел., 4 лет — 58, 3 лет — 38 и 2 лет — 12 чел. В зависимости от выраженности процесса в бронхо-легочной системе все больные в соответствии с Тбилисской классификацией были распределены на 4 группы. В 1-ю гр. вошли 20 чел. с I А стадией хронической пневмонии (перенесшие