ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՌ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԿԱԴԵՄԻԱՅԻ ՏԵՂԵԿԱԳԻՐ
ИЗВЕСТИЯ АКАДЕМИИ НАУК АРМЯНСКОЙ ССР

Բիոլոգ. և գյուղատնտ. գիտ. XI, № 12, 1958 Биол. и сельхоз. науки

В. А. ФАНАРДЖЯН, С. А. ОГАНЕСЯН

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ РАКА СРЕДНЕЙ ДОЛИ

Анатомические и анатомотопографические особенности среднедолевого бронха обусловливают частоту, своеобразие рентгенологической картины и течение среднедолевых поражений.

Известные в литературе с 1948 г. под названием „синдром средней доли", эти поражения в последнее время стали предметом более детального изучения.

Имея в среднем длину 1,5 см и ширину в 0,5 см бронх средней доли, отделяясь от предневнутренней стенки общего ствола, направляется кпереди, кнаружи и книзу и, проникая в переднем отделе средней части ворот в легкое, подразделяется на два сегментарных бронха — внутренний и наружный.

По литературным данным [1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10], частота поражений средней доли обусловливается сдавлением отходящего под острым углом длинного и узкого среднедолевого бронха, циркулярно расположенными вокруг него лимфатическими железами. Этому способствуют гиперпластические процессы слизистой бронха.

В отдельных случаях причиной изменений в средней доле может служить прорыв пораженного туберкулезом лимфоузла в среднедолевой бронх. Безусловно, в частоте поражений средней доли имеет значение и ее относительно низкая вентиляционная способность.

Большинство поражений средней доли неопухолевого происхождения, и обычно под термином „синдром средней доли" трактуют подобные изменения. Но и в этом случае понятие „синдром средней доли" остается определением собирательным и общим, включающим ряд поражений средней доли.

Рак правой средней доли встречается редко, составляя, как по нашим, так и литературным данным, в среднем около 1% всех первичных раков легкого.

Малая частота раков этой локализации, а также большие дифференциально диагностические трудности нередко ведут к диагностическим ошибкам, на что указывает и Е. Л. Кевеш [3].

Раковый процесс может локализироваться либо в первом вентральном гипартериальном бронхе, либо же в одном из сегментарных бронхов средней доли, чаще медиальном, вызывая ателектаз соответствующего протяжения. В отдельных случаях паренхима средней доли может быть местом поражения метастатическим раком (рис. 1). В этом случае доля оказывается расширенной.

К ателектазу средней доли могут вести и опухолевые процессы соседних долей в связи с вторичным поражением лимфоузлов, окружающих в виде кольца бронх средней доли.

Реальность механизма подобных стенозов показывает следующее наблюдение.

Больной Р. А., 48 лет., ист. бол. № 924, диагноз—центр. рак правого легкого с обтурацией верхнедолевого бронха. При бронхографическом исследовании (рис. 2) выявлена закупорка верхнедолевого бронха, „культя" которого на приведенном косом снимке не видна, но демонстративно определяется сужение начального отдела среднедолевого бронха.

Приведенное наблюдение одновременно показывает, что не только нижнедолевые процессы могут вызывать изменения в лимфоузлах, расположенных вокруг среднедолевого бронха, но и верхнедолевые процессы, вызывая его сужение.

Последний механизм ателактаза средней доли в виде сдавления бронха лимфоузлами наблюдается более часто при неопухолевых воспалительных процессах (тбк, силикоз и др.).

Особенно благоприятны условия для сдавления среднедолевого бронха в детском возрасте в силу податливости стенок бронха, малого калибра его и сильно развитой лимфатической ткани.

В старшем возрасте причиной стеноза среднедолевого бронха чаще являются гиперпластические бронхиты и деформирующие процессы.

Присоединение инфекции к ателектазу, обусловленному стенозом среднедолевого бронха, ведет к пневмониям и к последующим характерным осложнениям, вплоть до развития замещающей рубцовой ткани.

Поэтому средняя доля часто является местом хронических нагноительных процессов, в том числе и бронхоэктазий, обусловливающих гомогенные и негомогенные затемнения всей средней доли.

Наряду с этим часты и правосторонние междолевые процессы в виде скопления эксудата в соседних с средней долей междолевых щелях при различных патологических состояниях легких и лимфоузлов.

Отсюда все те дифференциально диагностические трудности, которые встречаются на практике.

Они усугубляются многочисленными анатомическими вариантами междолевых щелей в норме и изменением анатомотопографических взаимоотношений средней доли при патологических процессах в правом легком.

В первую очередь необходимо проводить дифференциальную диагностику между долевыми и междолевыми процессами. Этому способствует многоосевое исследование; наиболее ценно, кроме переднего, исследование в боковом положении, а также в положении лордоза. Последнее положение является весьма важным.

Рис. 1. Метастаз рака в средней доле правого легкого. Видно увеличение доли (контактный снимок с боковой рентгенограммы).

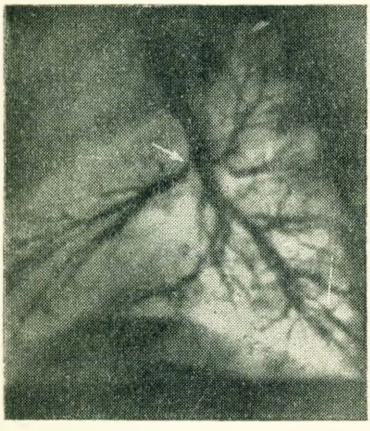

Рис. 2. Бронхограмма правого легкого при бронхогенном раке с ателектазом верхней доли. Видно сужение начального отрезка среднедолевого бронха (стрелка).

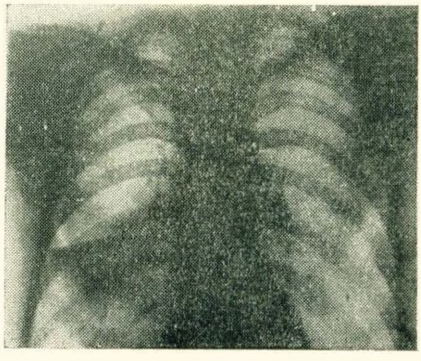

Рис. 3. Передняя рентгенограмма грудной клетки. Ателектаз наружного сегмента средней доли.

Рис. 4. Боковая рентгенограмма того же наблюдения (контактный снимок).

Рис 5. Правая боковая рентгенограмма грудной клетки при экссудативном плеврите.

Рис. 6. То же наблюдение после удаления жидкости. Ясно определяется, что верхний контур затемнения был обусловлен верхней границей междолевого плеврита.

Когда установлена внутридолевая локализация процесса, необходимо перейти к выяснению характера поражения. При этом чаще всего речь идет об ателектазе всей доли, реже отдельных сегментов, как это видно из рис. 3 и 4. В данном наблюдении, при исследовании через четыре месяца каких-либо изменений на месте имеющегося сегментарного затемнения не выявлено, что указывает на возможность полного восстановления части случаев подобных поражений.

Установление этиологии патологического процесса требует использования всех имеющихся в нашем распоряжении методов исследования (переэкспонированные снимки, томография, бронхографическое исследование, бронхоскопия).

Выпоты в соседних со средней долей междолевых щелях обычно дают характерные картины. В боковой проекции мы видим веретенообразные тени с резкими выпуклыми контурами. По положению эти тени располагаются на месте междолевых щелей. Особые затруднения встречаются при наличии одновременно перисциссуральных изменений.

Для установления выпота между средней и нижней долями — в нижней половине главной междолевой щели и его дифференцирования от ателектаза средней доли очень важно исследование в положении лордоза.

Интересно отметить, что при одновременном наличии жидкости в плевральной полости и междолевой щели они симулируют картину одного осумкованного плеврита. На рис. 5 и 6 приводится картина плеврита до и после удаления жидкости из плевральной полости. На последней видно, что верхний выпуклый контур тени предполагавшегося осумкованного костального плеврита обусловливался верхним контуром междолевого осумкованного выпота. Но подобное веретенообразное затемнение дает и безвоздушная средняя доля при так называемом „синдроме средней доли". Имеющиеся в литературе для дифференциальной диагностики указания о том, что всякий внутридолевой процесс связан с корнем, в то время как междолевой эксудат не связан с ним, на нашем материале не оправдали себя. Не всегда себя оправдывают и данные о том, что благодаря образованию шварт междолевые эксудаты дают более интенсивную тень на периферии, чем внутридолевые процессы.

В части наблюдений подобные картины наблюдаются и при внутридолевых процессах. Большее значение приобретают морфологическая картина и характер затемнения.

В передней проекции изменения средней доли не могут быть отдифференцированы не только от междолевых процессов, но и от поражений верхушки нижней доли. При всех этих патологических состояниях наблюдаются различной интенсивности затемнения на высоте 4—6 ребер, возле тени сердца с отсутствием изменений в области реберно-диафрагмального синуса.

Так, у больного М. Т., 55 лет, пригилусное затемнение в IV межреберье с верхним четким контуром (рис. 7) на боковой рентгенограмме оказалось относящимся к верхушке нижней доли справа.

Резкий верхний контур затемнения может наблюдаться при ателектазе средней доли, междолевых плевритах и при поражении верхушки нижней доли. Окончательно выясняются соотношения при исследовании в боковой проекции.

В начальных стадиях обтурации среднедолевого бронха раковой опухолью можно видеть тень треугольной или слегка веретенообразной формы, соответственно положению и форме средней доли. В дальнейшем, в связи со спадением доли, она может уменьшаться, приобретая на рентгенограмме вид узкой полосы или эллипсовидной тени. В других случаях она может несколько увеличиваться в связи с ростом опухоли.

Увеличение объема доли при опухоли мы видели и в приведенном выше наблюдении с наличием метастаза рака в средней доле. Гомогенность же затемнения при опухолевой обтурации среднедолевого бронха можно объяснить наличием жидкости в альвеолах.

В приводимом наблюдении (больной М. А., 52 лет, ист. б. № 814), помимо бронхографически выявленной обтурации среднедолевого бронха наличие бронхогенного рака подтверждено бронхоскопическим исследованием.

Затемненная средняя доля имеет несколько выпуклые контуры, а обтурированный среднедолевой бронх—неровные контуры в дистальном отделе (рис. 8).

Распознавательное значение в пользу среднедолевого синдрома приобретает наличие обызвествленных лимфатических узлов вокруг среднедолевого бронха на послойных снимках и неравномерность затемнения самой средней доли.

Кроме отмеченных выше признаков, в дифференциальной диагностике между ателектазом правой средней доли и выпотом между средней и нижней долями в известной степени можно руководствоваться и следующим.

При ателектазе может наблюдаться высокое положение диафрагмы, смещение сердечной тени в сторону ателектаза. При междолевом плеврите эти явления отсутствуют. В трудных случаях для дифференциальной диагностики ясность вносят томографическое и бронхографическое исследования, которые дают наилучшее представление о состоянии среднедолевого бронха и его разветвлений.

Бронхографическое исследование при среднедолевых поражениях выявляет: деформации бронхов, бронхоэктазии, „дефект наполнения" бронхиальных разветвлений или их слабое и неравномерное заполнение (при нагноительных процессах), сужение бронха или его закупорку.

Обтурация среднедолевого бронха и отсутствие контрастирования не всегда являются признаками опухолевого поражения. Нередко они наблюдаются и при неопухолевых поражениях. Дифференциально

Рис. 7. Контактный снимок с прецней рентгенограммы. Затемнение с верхним четким контуром, относящееся к верхушке нижней доли правого легкого.

Рис. 8. Бронхограмма при бронхогенном раке. На фоне затемненной средней доли видна „культя" среднедолевого бронха с неровными контурами (стрелка).

Рис. 9. Бронхограмма при хронической неспецифической пневмонии. Наряду с картиной „культи" среднедолевого бронха (стрелка) видны деформации в других отделах бронхиального дерева.

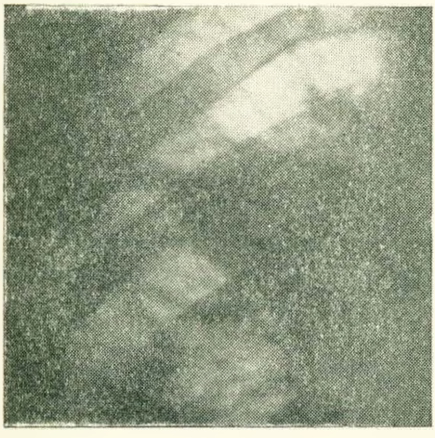

Рис. 10. Клубнеобразная тень в прикорневом отделе правого легкого (контактный снимок с передней рентгенограммы).

Рис. 11. То же наблюдение через один месяц. Узкая теневая полоска в 3-ем межреберье.

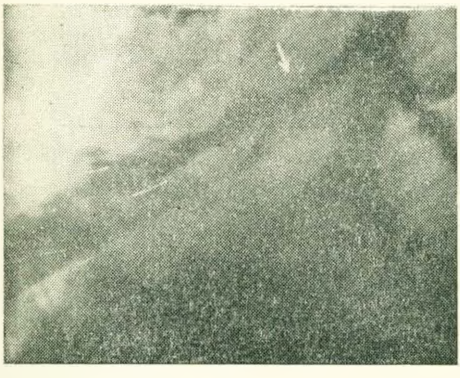

Рис. 12. Блюдцеобразный дефект с неровными контурами по верхнему краю контрастированного среднедолевого бронха (стрелка). Контактный снимок с бронхограммы.

Рис. 13. Правая боковая рентгенограмма. Уплотнение средней доли в результате сужения среднедолевого бронха.

диагностическое значение приобретают распространенные деформации бронхов и бронхоэктазии соседних участков легкого.

В виде примера можно привести следующее наблюдение.

Больной Т. А., 64 лет, ист. бол. № 7012. На фоне затемненной средней доли видна картина культи среднедолевого бронха (рис. 9). Контуры затемненной средней доли слегка выпуклые. Клинико-лабораторные исследования определенных ориентировочных данных не дали. В подобных случаях приобретают важное диагностическое значение множественные деформации в других отделах бронхиального дерева, на что указывает и Б. А. Цыбульский. В данном случае они определяются в области разветвлений нижнедолевого и верхнедолевого бронхов.

На секционном столе (больной умер в результате интеркуррентного заболевания) была обнаружена хроническая неспецифическая пневмония.

Для опухолевого же поражения характерным является также узурация бронха или краевой блюдцеобразный дефект в тени заполненного бронха с изъеденными контурами.

Так, у больного Г. Г., 60 лет, ист. бол. № 346/72, определялась клубнеобразная тень в прикорневом отделе правого легкого (рис. 10). При исследовании через 1 месяц, в течение которого была проведена рентгенотерапия, указанная выше тень отсутствовала; определялась только узкая теневая полоска в III межреберье, которую можно трактовать как утолщение междолевой плевры в горизонтальной щели (рис. 11). Ввиду возникших сомнений о наличии рака, больному была произведена бронхография (рис. 12). На верхнем контуре контрастированного среднедолевого бронха был выявлен крупный блюдцеобразный дефект наполнения с изъеденными контурами, который не оставлял сомнений в диагнозе.

В части наблюдений при среднедолевых поражениях пневмонического характера можно наблюдать нормальное состояние бронхов средней доли.

В других наблюдениях при неопухолевых поражениях можно видеть отсутствие контрастирования мелких бронхиальных разветвлений. Последнее в основном наблюдается при нагноительных процессах.

Детальному многоосевому исследованию подлежат и случаи с незначительным понижением прозрачности нижнего легочного поля, наблюдаемые при интерстициальных пневмонических процессах.

При синдроме средней доли и наличии обтурации среднедолевого бронха, проходимость последнего в дальнейшем может восстановиться, что может быть установлено бронхографическим исследованием. Наряду с восстановлением проходимости бронхов на бронхограмме обнаруживаются расширения и деформации бронхов.

Больной М. М., 65 лет (исследовался амбулаторно). Жалуется на кашель, выделение слизисто-гнойной мокроты и колющие боли в

правом боку. Год назад имел такие же жалобы и повышение температуры, постепенно стихшие после проведенного лечения.

На передней рентгенограмме определяется неравномерное затемнение на протяжении 4—6 ребер. Тени корней с обеих сторон расширенные. На боковой рентгенограмме выявлено двояковыпуклое интенсивное и гомогенное затемнение, идущее от корня легкого к переднему реберно-диафрагмальному углу (рис. 13). Нижний контур затемнения продолжается к задней стенке грудной клетки. Уже через десять дней интенсивность затемнения уменьшается и на его фоне определяются участки просветления. На произведенной к этому времени бронхограмме выявлено значительное сужение среднедолевого бронха в начальном его отрезке. Безусловно, небольшое набухание слизистой этого бронха обусловит его обтурацию. Ниже места сужения сегментарные и субсегментарные бронхи расширены на значительном протяжении, что обычно наблюдается в результате обтурации центральнее расположенного отрезка бронха. Элементы, сдавившие среднедолевой бронх, привели, как это видно на бронхограмме, к сдавлению и некоторой деформации и нижнедолевого бронха. При дальнейшем наблюдении, в процессе лечения, относительно интенсивное затемнение осталось только в области корня легкого. Соответственно средней доле определяются кольцевидные тени. Больной чувствует себя практически здоровым.

Таким образом, детально произведенное исследование с учетом клинических данных дает возможность отдифференцировать друг от друга процессы опухолевого и неопухолевого происхождения средней доли. Но в некоторых случаях дифференциальная диагностика оказывается задачей весьма трудной.

Придавать дифференциально диагностическое значение редкости поражений средней доли раковой опухолью, как это предлагают Юлингер и Шох [7], мы считаем опасным, так как можно пропустить первичный рак средней доли.

Институт рентгенологии и онкологии
Минздрава АрмССР

Подступило 13 XI 1958 г.

Բ. Ա. ՖԱՆԱՐՋՅԱՆ, Ս. Ա. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ՄԻՋԻՆ ԼԼԹԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԴԻՖԵՐԵՆՑԻԱԼ ՌԵՆՏԳԵՆՈԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո ւ մ

Միջին լլթի ախտահարությունը կամ, այսպես կոչված, միջին լլթի սինդրոմը հիմնականում պայմանավորվում է այդ լլթի բրոնխի ճնշմամբ և դեֆորմացիայով, որ առաջանում է նրա շուրջը տեղադրված, փոփոխված ավշային հանգույցների կողմից։ Դրան նպաստում են

բրոնխի լորձաթաղանթի հիպերպլաստիկ պրոցեսները: Բերված օրինակները լիովին հաստատում են վերը ասվածը:

Համաձայն մեր տվյալների, որոնք համընկնում են գրականության մեջ եղած տվյալների հետ, միջին բլթի քաղցկեղը սակավ է պատահում, կազմելով թոքերի առաջնային քաղցկեղների $1^0/_0$-ը:

Աջակողմյան միջբլթային էքսուդատիվ պլևրիտների հաճախականությունը առաջին հերթին անհրաժեշտություն է առաջացնում դիֆերենցիալ դիագնոստիկա անցկացնել միջբլթային և բլթամիջյան պրոցեսների միջև: Դրան նպաստում է բազմատեսանելքային հետազոտությունը, նաև հետազոտությունը կողքային և լորդոտիկական դիրքերում: Միջին բլթի սինդրոմի դեպքում, միջին բլթի տնպագրման և ձևին համապատասխանորեն հայտնաբերվում է ևռանկյան կամ իլիկաձև մթացում: Նման մթացումներ կարելի է տեսնել միջին բլթի բրոնխի քաղցկեղային ուռուցքով փակման սկզբնական շրջանում: Հետազոտում, բլթի կծկման հետևանքով, նա կարող է փոքրանալ, ռենտգենյան պատկերում արտահայտվելով նեղ երիզի ձևով կամ ավելի մեծանալ ուռուցքի աճման հետևանքով:

Հիվանդի մանրամասն և կոմպլեքսային հետազոտությունը (տոմոգրաֆիա, բրոնխոգրաֆիա, բրոնխոսկոպիա), կլինիկա-լաբորատոր ային հետազոտությունների հետ միասին մեծ մասամբ ապահովում են ճիշտ դիագնոզը:

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова А. Г., Рак бронха (клинико-рентгено-анатомические параллели). Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора мед. наук. Л., 1955.
2. Кевеш Е. Л. и Литов С. Л., Хронический ателектаз средней доли правого легкого воспалительной природы (среднедолевой синдром). Вестник хирургии им. И. И. Грекова, 76, 9, 33—38, 1955.
3. Кевеш Е. Л., Рентгенодиагностика рака легкого. Вестник хирургии им. И. И. Грекова, 77, 12, 49—55, 1956.
4. Fleischner F., Das Röntgenbild der interlobären Pleuritis und seine Differentialdiagnose. Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung, Bd. II, 1 26.
5. Jenni R., Stenose Mittelappenbronchus. Ursache und Folgen. Schweiz. med. Wchschr., 82, 869—872, 1952.
6. Odergaard H., The Roentgenological Picture in chronic non specific fibrosis of the Middle lobe with special regard to the value of planigraphy. Acta radiol., 37, 1, 17—27, 1952.
7. Uehlinger E. и Schoch G, Das Mittellappensyndrom. В книге Schinz H., Glaunner R., Uehlinger E. Röntgendiagnostik Ergebnisse 1952—1956.
8. Salzer G., Wenzl M., Jenny R. und Stangl A., Das Bronchuscarcinom. Wien 1952.
9. Willmann K., Das Röntgenbild des Mittelappen—Syndroms. Fortschr. Röntgenstr., 76, 3, 316—352, 1952.
10. Zuppinger A., Pleuraerkrankungen. В книге Schinz H., Baensch. W., Friedl E., Uehlinger E. Lehrbuch der Röntgendiagnostik. Bd. III. Innere Organe. Teil I. 1952.