

Э. Т. КАРАПЕТЯН

ГИПОПЛАЗИЯ ЛЕГКОГО В СОЧЕТАНИИ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРОЦЕССОМ

Врожденные пороки легких бывают в виде аплазии, агенезии и гипоплазии. Среди причин этих аномалий указывается на полное отсутствие или недоразвитие ветвей легочной артерии [5, 6]. В повседневной практике эти аномалии встречаются сравнительно редко. К. А. Кяндарян [5] на 7000 рентгенографий грудной клетки аплазию легкого констатировал лишь у одной больной. Гюльсгоф и Кальвелаге (1959) на 30 000 исследований легких врожденные аномалии обнаружили у трех больных.

Ввиду редкости подобных аномалий их диагностика представляет довольно трудную задачу. Это объясняется малой осведомленностью врачей общей сети с подобными аномалиями. Необходимо указать также, что в руководствах по патологической анатомии и рентгенологии нет указаний о подобных аномалиях. Врожденные пороки легких обычно являются секционными находками (Б. И. Гурвич [3], В. В. Жучкова [4] и др.). Благодаря развитию грудной хирургии и различных методов рентгенодиагностики в последнее время чаще встречаются случаи прижизненной диагностики этих страданий [1]. Иногда диагноз ставится во время операции [2]. Приводим наше наблюдение.

Больной Х. Ю., 22 года. Поступил в хирургическое отделение 19.1.62 г. с диагнозом: цирротический кавернозный туберкулез легких $B_{1+2+3 \text{ кв}}^2$ ТБ+ в фазе затишья. Жалобы: кашель с небольшой мокротой, временами одышка.

Болеет туберкулезом легких с конца 1950 г. Выявили туберкулез легких—кавернозный слева. Проводилось лечение антибактериальными препаратами. Неоднократно находился на стационарном и санаторном лечении. Временами имел кровохаркание.

Больной среднего роста, нормальной упитанности. Грудная клетка асимметрична, с запавшей левой половиной, резко отстающей при дыхании. Перкуторно слева ниже лопатки и спереди ниже третьего ребра притупление. Справа перкуторных изменений нет.

Перкуторно подвижность левого купола диафрагмы отсутствует. При выслушивании: слева в верхнем отделе—бронхо-везикулярное дыхание с кавернозными хрипами ниже ключицы, в нижних отделах—ослабленное дыхание. Справа, на всем протяжении—бронхо-везикулярное дыхание.

Перкуторно границы сердца—правая—по краю грудины, левая—не определяется. Тоны сердца чистые, отчетливо выслушиваются спереди в пятом межреберьи по средней аксиллярной линии. Кровяное давление—115/80.

ЭКГ—ритм синусовый правильный, 70 сокр. в мин.; выраженное преобладание правого желудочка, поражение миокарда желудочков. Легочное сердце 2-й степени.

Анализ крови: гем.—99%, лейкоц.—9600, эоз.—3%, п.—2,5%, с.—69,5, л.—17%, м.—8%, РОЭ—5 мм/час. В моче изменений нет. В мокроте обнаружены микобактерии туберкулеза. Спирометрия 3500 куб. см., пробы Штанге, Собразе—35/15 сек.

Рентгенологическое исследование: левая половина грудной клетки меньших раз-

меров, отмечается сужение межреберных промежутков. До уровня третьего ребра спереди отмечается легочная структура, однако прозрачность неравномерно понижена. В нижнем отделе отмечается гомогенное затемнение, сливающееся с тенью сердца. Трахея, сердце и сосудистый пучок резко перемещены влево (рис. 1).

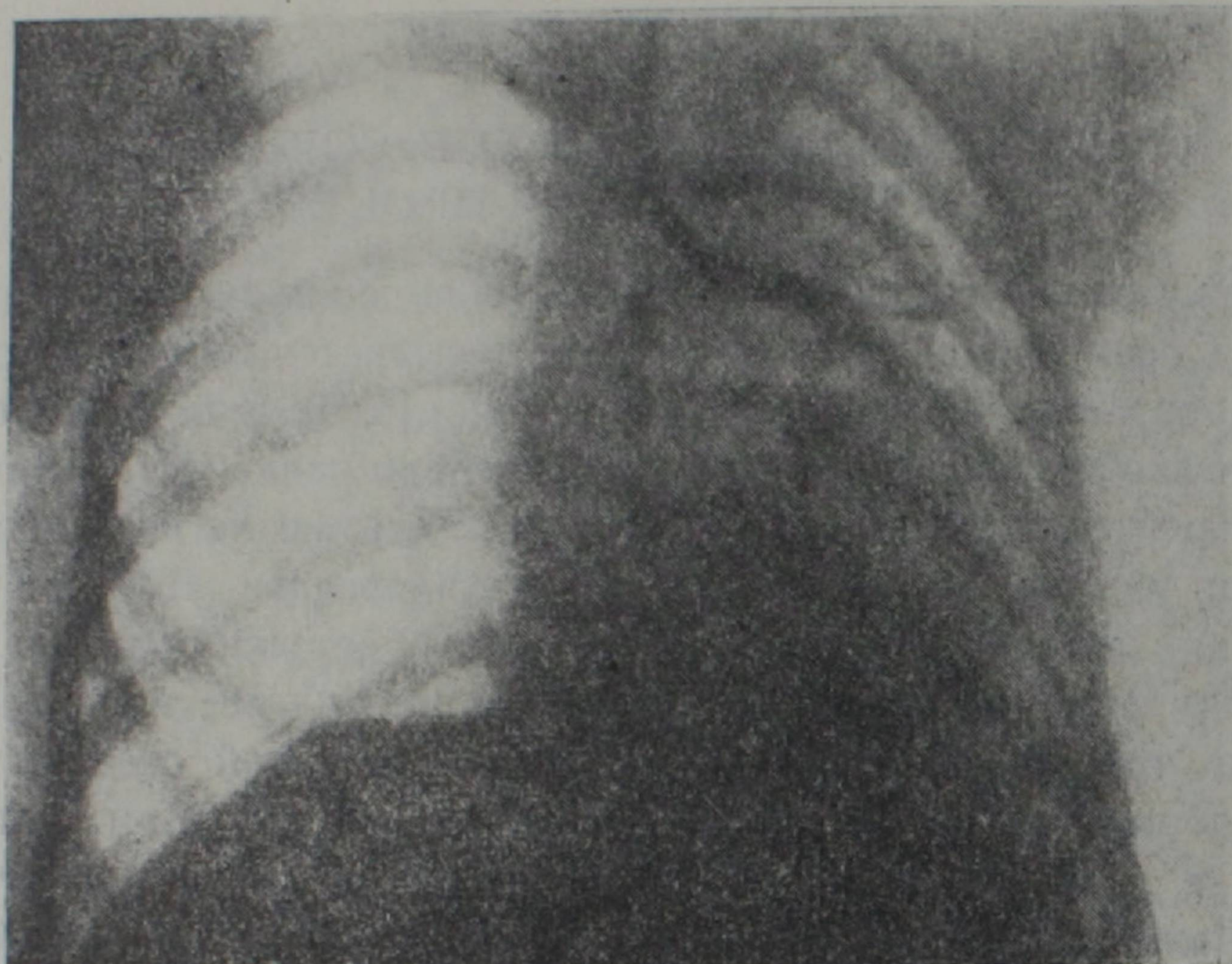


Рис. 1

Ввиду подозрения на ателектаз нижней доли решено произвести бронхографию. На бронхограмме отмечается заполнение верхнедолевых сегментарных бронхов. Бронхи деформированы и местами отмечается явление бронхоэктазии. Культя нижнедолевого бронха не определяется (рис. 2). Контурная бронхография основного ствола правого легкого не выявила отклонений от нормы (рис. 3). Несмотря на это, гомогенное затем-

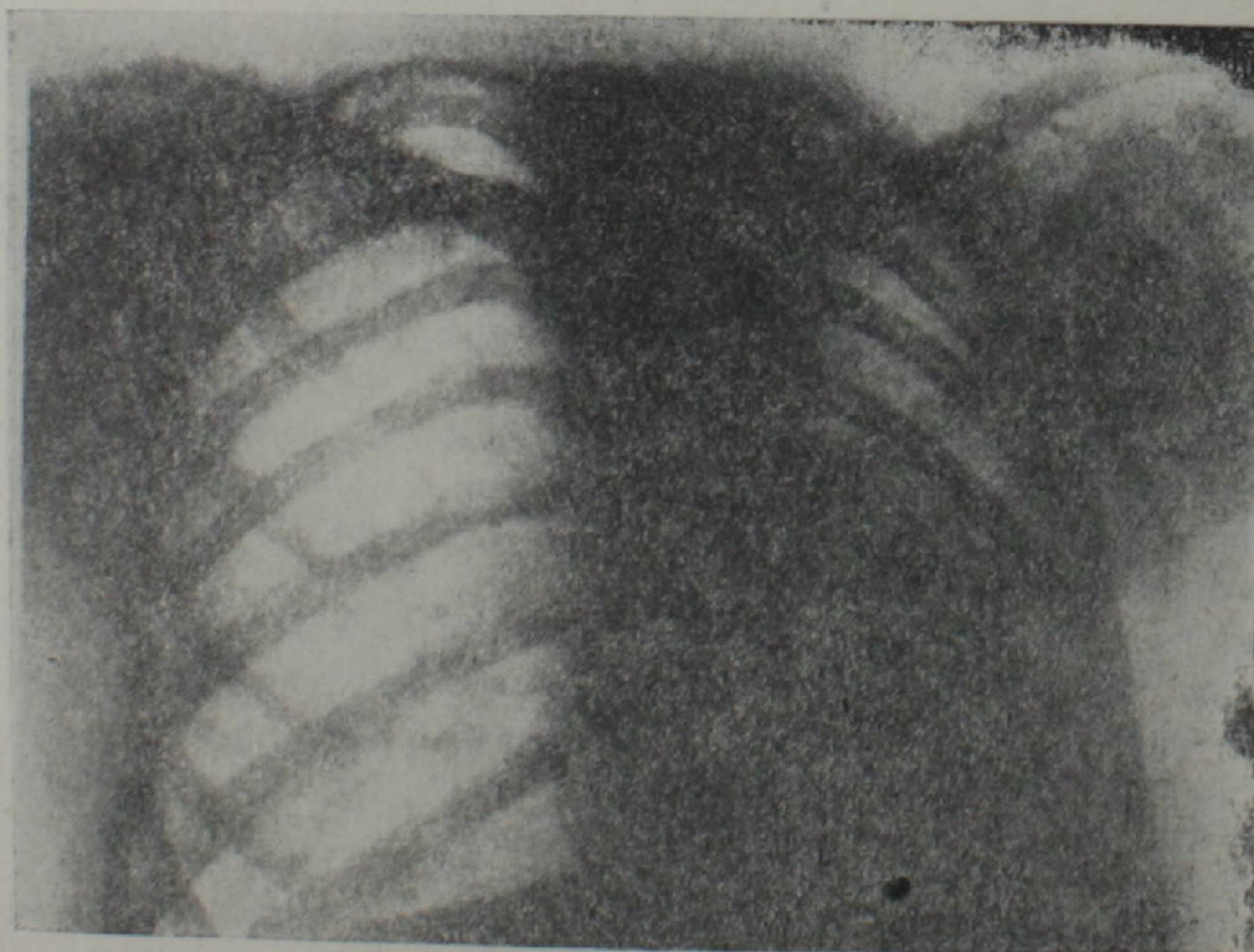


Рис. 2

нение трактовалось как ателектаз. Ввиду наличия кавернозных изменений, не поддающихся в течение более 10 лет излечению, было решено больному произвести операцию—удалить левое легкое.

Операция (5 апр. 1962,—Э. Т. Карапетян). Местная инфильтрационная анестезия

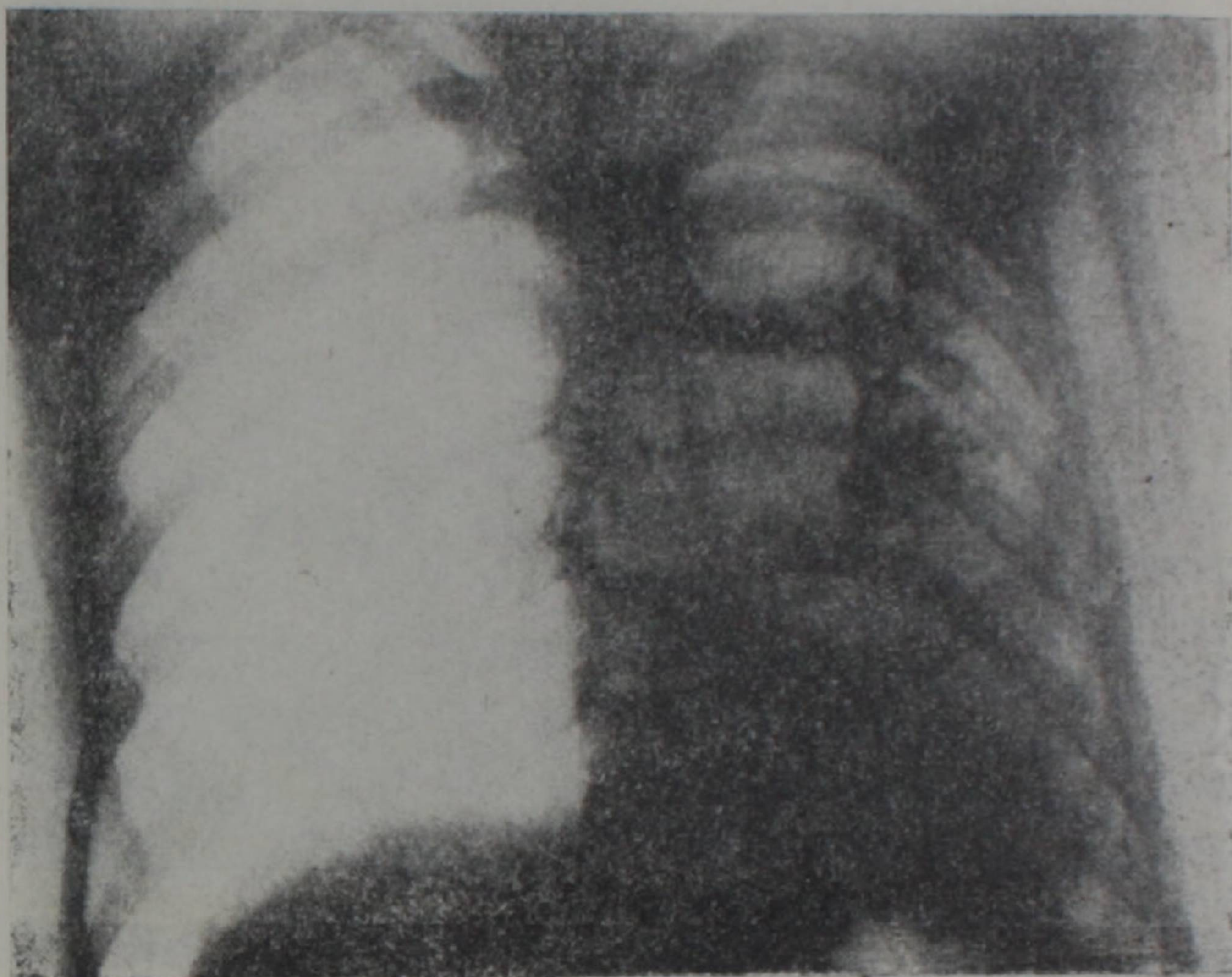


Рис. 3

раствором новокаина 0,25%—2000 мл. Задне-боковым разрезом слева, с пересечением позвоночных отделов пятого—шестого ребер и по пятому межреберью вскрыта плевральная полость, которая оказалась заращенной на всем протяжении. При выделении плевры в нижнем отделе плевральной полости и области диафрагмы оказалось, что легочная ткань отсутствует и плевра спаяна с перикардом при помощи мощных спаек. Свободной от спаек оказалась лишь передняя часть перикарда. После выделения всего легкого оказалось, что в прикорневой области имеются казеозно измененные лимфатические узлы. Найдена, перевязана и пересечена левая ветвь легочной артерии. Она имела сравнительно тонкий и короткий ствол и входила в легочную ткань без разветвления. Выделен, прошит УКБ-16 и пересечен левый главный бронх. Верхнедолевая вена на своем месте (кпереди бронха) отсутствовала. Единственная легочная вена находилась ниже бронха и входила в легочную ткань тоже без разветвлений. Вена имела также тонкий и короткий ствол. Перевязана и пересечена легочная вена, легкое с плеврой удалено. Плевризация корня легкого. Всыпано в плевральную полость по 500 000 пенициллина и стрептомицина. Рана грудной клетки ушита наглухо. Послойное ушивание операционной раны. Течение операции без осложнений. В послеоперационном периоде на 4-й день возникли явления неспецифической пневмонии. Пневмония захватила ограниченный участок и медленно разрешалась под действием усиленной антибактериальной терапии.

Больной был выписан на 62-й день после операции на санаторное лечение. При выписке жалоб не предъявлял, в мокроте методом посева микробактерии туберкулеза не были обнаружены.

Рентгенологическое исследование после удаления левого легкого: левая плевральная полость еще не успела облитерироваться, содержит горизонтальный уровень с газовым пузырьком на вершине; левый купол диафрагмы приподнят; правое легкое в пределах нормы; смещение трахеи, сердца и сосудистого пучка влево (рис. 4).

Макропрепарат: удаленное легкое размерами 14×9 см, на разрезе содержит каверну ($1,5 \times 2$ см) с фиброзными стенками. Лимфоузлы прикорневой области казеозно изменены (рис. 5).

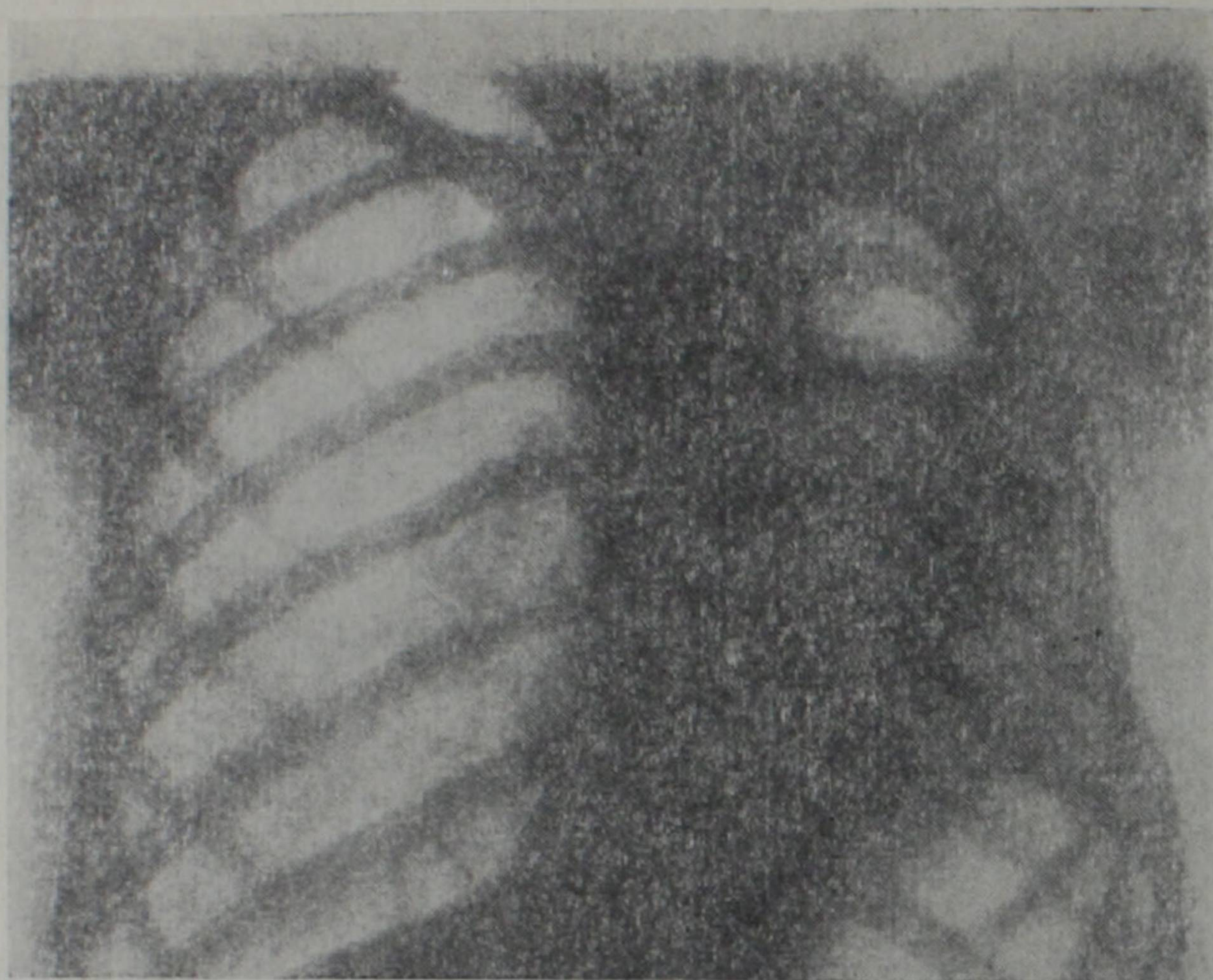


Рис. 4

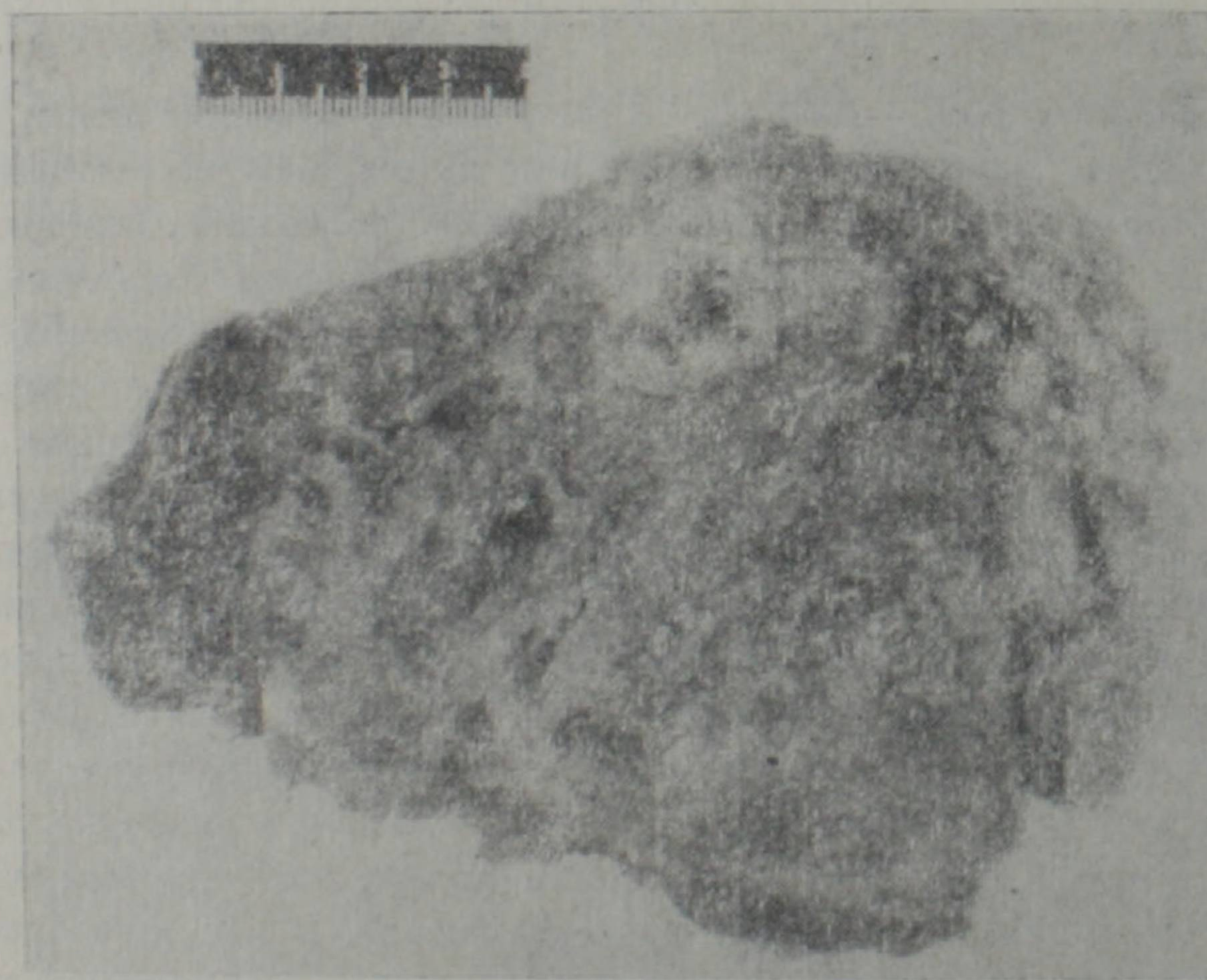


Рис. 5

В данном наблюдении, по-видимому, был первичный туберкулез с хроническим течением, развившийся в гипоплазированном лёгком. Интерес наблюдения заключается в том, что порок развития левого лёгкого с туберкулезным процессом с самого начала трактовался как цирротический кавернозный туберкулез. Об этом свидетельствовала диспансер-

ная анкета больного. Отсутствие личного опыта затруднило нас в правильной дооперационной диагностике.

Противотуберкулёзный диспансер
АрмССР

Поступило 30. IX 1962 г.

Է. Թ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

ԹՈՔԻ ՀԻՊՈՊԼԱԶԻԱՆ ԶՈՒԳԱԿՅՎԱԾ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՋԱՅԻՆ
ՊՐՈՑԵՍԻ ՀԵՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Թոքերի բնածին արատները հազվադեպ հանդիպող երևույթներ են:

Հեղինակը դիտել է մեկ հիվանդ, որի մոտ ձախ թոքի հիպոպլազիան ուղեկցված էր տուբերկուլյոզային հիվանդության հետ:

Հիվանդության հայտնաբերման սկզբից զրվել էր դիագնոզ՝ «ձախ թոքի ցիռոտիկ կավեոնոզ տուբերկուլյոզ» չկարծելով, որ տրախեայի և սիրտ-անոթային սիստեմի տեղաշարժը եղել է ի հաշիվ թոքի հիպոպլազիայի և ոչ թե ցիռոզի: Օպերատիվ եղանակով ձախ թոքի հեռացումից հետո պարզվեց, որ նրա մոտ կա թոքի հիպոպլազիա և միաժամանակ ֆիբրոզ կավեոնոզ տուբերկուլյոզ: Օպերացիայի ժամանակ պարզվեց, որ թոքային զարկերակի ձախ ճյուղը թերզարգացած է, այնուհետև թոքային երակը մեկ հատ է և գտնվում է բրոնխից ներքև: Զարկերակը և երակը առանց ճյուղավորման մտնում էին թոքի մեջ: Հիվանդը օպերացիայից հետո լավացումով դուրս գրվեց սանատոր բուժման:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бабичева И. Б. К рентгенодиагностике агенезии легкого. Вестник рентгенологии и радиологии, 1962, 1, 53—55.
2. Георге Бунджецяну, Михаил Бузеску. Диагностические ошибки при туберкулёзе легких. Будапешт, 1962.
3. Гурвич Б. И. Редкий случай врожденного отсутствия легкого. Педиатрия, 1939, 12, 85—86.
4. Жучкова В. В. Агенезия лёгкого и атрезия пищевода. Педиатрия, 1955, 6, 57—58.
5. Кяндарян К. А. Недоразвитие или отсутствие легкого и ветвей легочной артерии. Вопросы рентгенологии и онкологии. Ереван, 1961, т. 6, 39—46.
6. Сергеев В. М. Хирургическая анатомия сосудов корня лёгкого. М., 1956.