

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

СИНДРОМ МАКЛЕОДА

А.И. ПАВЛОВИЧ, А.Д. ДЖАППУЕВ

Кафедра госпитальной терапии РУДН. Москва. 117198. ул. Миклухо-Маклая д.8.

Медицинский факультет

И.Я. СУЛТАНОВ, О.М. ЗАВАДСКАЯ

Больница № 53. Москва 109432. ул. Трофимова, д. 26

Описан случай синдрома Маклеода - односторонней легочной эмфиземы

Впервые одностороннюю легочную эмфизему описали Р. Swyer и G. James в 1953 году. Подробно же изучил ее патогенез Macleod в 1954 году, в связи с чем синдром был назван его именем. Маклеод считал, что причиной односторонней эмфиземы является облитерирующий односторонний бронхиолит, перенесенный в детстве. Вместе с тем в современной литературе преобладает мнение о генетическом дефекте, как причине этого заболевания, что в основе лежат гипоплазия легочной артерии и мелких бронхов. При гистологическом исследовании обнаруживают панацинарную эмфизему с отдельными субплеврально расположенными буллами, редукцию легочных капилляров, расширение мелких бронхов и гипопластические изменения в их стенках.

Поскольку эмфизематозное легкое с резко сниженными эластическими свойствами не функционирует, развивается постепенно усиливающаяся одышка. У такого больного обычно в анамнезе частые респираторные инфекции. При рентгенологическом исследовании выявляют повышение прозрачности одного из легких, ослабление легочного рисунка, смещение тени средостения. Булезные образования лучше определять с помощью компьютерной томографии. Ветви легочной артерии на стороне поражения сужены, углы их расхождения увеличены, капиллярная фаза отсутствует. На скинтиграммах накопление изотопа в пораженном легком почти не видно. При исследовании функции внешнего дыхания выявляют увеличение ОЕЛ, уменьшение ЖЕЛ, снижение скоростных показателей.

Больная Е.Л., 20 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на кашель с гнойной мокротой, одышку, повышение температуры тела до 38°C, слабость и потливость. Настоящее ухудшение наступило после переохлаждения. В анамнезе около двух лет хронический бронхит с частыми обострениями (до 4 - 5 раз в год) и респираторные инфекции. В связи с обострениями хр. бронхита больная неоднократно госпитализировалась в различные стационары, и каждый раз подтверждался этот диагноз.

Состояние средней тяжести. Лимфоаденопатии и периферических отеков нет. Грудная клетка бочкообразной формы. При перкуссии слева коробочный звук, там же резко ослабленное дыхание и рассеянные сухие хрипы, число дыханий 21 в одну мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 78 уд. в 1 мин, АД - 125/80 мм рт.ст. Зев чистый, живот спокойный, висцеромегалии нет.

Проведено обследование:

Рентгенография органов грудной клетки - левое легочное поле резко повышено в прозрачности, легочный рисунок слева обеднен. Левый корень неструктурен, правый - фиброзирован, диафрагма подвижна, синусы свободны. Средостение смещено вправо.

Скintiграфия легких - визуализированы оба легуих. Правое легкое - распределение изотопа диффузно неравномерно с участками снижения накопления в обрасти 4, 5 и 8 сегментов. Левое легкое - имеет место общее снижение накопления изотопа в визуализированной части, а также отсутствие изотопа в 4, 5, 8 и 9 сегментах (передняя проекция) и 5, 8, 9 и 10 сегменты (задняя проекция). Снижение капиллярного кровотока ви-

зуализируемой части левого легкого и отсутствие легочного кровообращения в выше указанных сегментах слева.

УЗИ органов брюшной полости и почек - удвоение левой почки.

ЭХОКГ - полости сердца не расширены, клапанный аппарат интактный, признаков митральной и аортальной регургитации не выявлено.

УЗИ щитовидной железы - увеличение правой доли до 1 степени.

Анализ крови - Hb - 130 г/литр, L - $9 \cdot 10^3$. П-я.-1, С-я - 51, Эоз- 2, Лимф - 37, Мон - 6, СОЭ - 2 мм /час. Общ. белок - 68 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, холестерин - 4,4 ммоль/л, билирубин - 10,6 мкм/л, К - 3,8 ммоль/л, Na - 141 ммоль/л, глюкоза - 3,5 ммоль/л.

Анализ мочи - относительная плотность 1010. белок - 0,033%, Лейк 1-3 в поле зр. Проба по Ничепоренко: Лейк - 900 в 1 мл, Эр - 100 в 1 мл.

ЭКГ - Синусовый ритм, ЧСС - 88 уд в 1 мин, вертикальное положение ЭОС, замедление А-в проводимости.

Функц. внешн. дых. - резкое снижение вентилляционной способности легких по рестриктивно - обструктивному типу.

Фибробронхоскопия - сужение бронхов 1 - 3 порядка слева, справа - явления эндобронхита.

На основании выраженной одышки в покое, частых респираторных инфекций, выявленного рентгенологически увеличения левого легкого, повышения его прозрачности, обеднения его легочного рисунка, смещения средостения вправо и данных сцинтиграфии легких, снижения функции внешнего дыхания был заподозрен синдром Маклеода.

В отделении получала ампиокс, гентамицин, АЦЦ-600, мукалтин, зуфиллин в/венно и per os, Т-активин. На фоне проведенного лечения температура тела нормализовалась, одышка уменьшилась, мокрота отходила свободно, самочувствие улучшилось.

Больная консультирована в отделении хирургии легких и средостения НЦХ РАМН, где подтвержден диагноз синдрома Маклеода, хр. бронхита, преимущественно справа, удвоения левой почки. Предложено оперативное лечение основного заболевания.

Литература

1. Болезни органов дыхания (руководство для врачей). Т. 4. М.: Медицина, 1990.
2. Путов Н.В., Левашов Ю.Н. Пороки развития легких в системе органов дыхания. М., 1984.
3. Kinzle H.F., Vorbach M. Das congenitale lobäre Emphysem//Chirurg. 1981. Bg. 52. S. 241-246.

SET OF SYMPTOMS MACLEOD

A.I. PAVLOVITCH, A.D. DJAPPUEV

Department of Hospital Therapy RPFU. Moscow. 117198. M-Maklaya st 8. Medical faculty

I.Ja. SULTANOV, O.M. SAVADSKAJA

Municipal Hospital N 53. Moscow. 109432. Trofimova st 26.

Is described happen of a set of symptoms Macleod - unilateral pulmonary emphysema.