



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.24-053.2

СИНДРОМ СРЕДНЕЙ ДОЛИ ЛЕГКОГО У РЕБЕНКА

Т.А. КРЮЧКОВА¹

Т.А. РОМАНОВА¹

И.В. ГУДОВА²

¹⁾ *Белгородский государственный национальный исследовательский университет*

²⁾ *Городская детская больница, г. Белгород*

e-mail: haraba.tanya@mail.ru

В статье представлен клинический случай синдрома средней доли правого легкого у больного ребенка 8 лет. Примерно четверть всех воспалительных заболеваний легких у детей составляют поражения средней доли. Среднедолевой синдром проявляется клиникой хронического бронхолегочного процесса. Его клинические проявления определяются характером изменений в легких.

Ключевые слова: синдром средней доли, заболевания легких, ребенок.

Синдром средней доли (среднедолевой синдром) — затемнение и уменьшение в объеме средней доли правого легкого в результате разнообразного ее поражения при бронхоэктазах [2], деструкции, ателектазах, опухолях, циррозе, пневмонии. Поражения средней доли встречаются довольно часто. Они составляют 20-26 % воспалительных заболеваний легких и до 50 % случаев неопухолевых ателектазов. Основные причины, приводящие к поражению средней доли, неспецифические (при кори, коклюше и других заболеваниях) и туберкулезные (особенно, при туберкулезе первичного периода) воспалительные реакции со стороны лимфоузлов, инородные тела бронхов, бронхолитиаз, пневмокониозы, опухоли среднедолевого бронха, саркоидоз и пр. Средняя доля при острой пневмонии довольно часто проявляется повышением температуры, кашлем с выделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты, притуплением перкуторного звука, усилением голосового дрожания и появлением влажных мелко- и среднепузырчатых хрипов в проекции средней доли. О синдроме средней доли принято говорить в случае ателектаза средней доли правого легкого, сохраняющегося в течение более 1 месяца [1]. Относительно большую частоту поражения этого участка лёгкого (средняя доля правого легкого) можно объяснить его анатомическими особенностями. Среднедолевой бронх является самым узким и длинным из всех долевого бронхов, он отходит от промежуточного под острым углом (около 30°) и окружён большим количеством бронхопульмональных лимфоузлов, собирающих лимфу не только от средней, но, частично, и от верхней и нижней долей. При увеличении лимфоузлов вокруг бронха, происходит его сдавление, сужение просвета, что ведёт к нарушению вентиляционной и дренажной функций. В результате развивается гиповентиляция доли, присоединяется инфекция и развивается вялотекущее воспаление, которое усиливает отток лимфы, в уже поражённые лимфоузлы, что приводит к ещё большему их увеличению и возрастанию сдавления среднедолевого бронха. Дальнейшее прогрессирование процесса приводит к полному либо частичному ателектазу доли. При этом может развиваться клапанный стеноз, что ведёт к эмфизематозному вздутию средней доли либо её частей. Клинически данный синдром проявляется клиникой хронического бронхолегочного процесса (кашель, отделение мокроты, локальные хрипы в области проекции средней доли и т.д.), хотя часто может протекать бессимптомно и выявляться лишь при рентгенологическом исследовании. По характеру изменений в доле можно условно выделить: бронхоэктазы, пневмосклероз, фиброателектаз, гнойно-деструктивные процессы. Для уточнения характера изменений используются в первую очередь: рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях прицельные снимки; обязательно томография для выявления состояния лимфоузлов и проходимости бронхов, наличия опухолевых узлов, полостей распада; возможно проведение бронхографии,



бронхоскопического исследования. Клинические проявления синдрома средней доли определяются характером лежащих в основе изменений. При бронхоэктазах – это влажный кашель с гнойной мокротой, локальные, в области проекции средней доли влажные хрипы, периодически возникающие обострения [3]. При пневмосклерозе и фиброателектазе клиника может быть скудной и синдром часто выявляется случайно при рентгенологическом исследовании. При гнойно-деструктивных процессах – манифестная клиника острого гнойного процесса с соответствующими рентгенологическими проявлениями (инфильтрация, абсцесс, наличие полостей распада). Выявление среднедолевого синдрома служит основанием для исключения различных бронхолегочных заболеваний: туберкулёза, хронического бронхита, бронхоэктатической болезни, первичной цилиарной дискинезии, муковисцидоза, врожденных аномалий бронхов и легочных сосудов, инородного тела бронха, хронического абсцесса лёгкого, центрального рака лёгкого, лимфогранулематоза и саркоидоза, бронхолитиаза, силикоза и др. При этом проявления синдрома средней доли могут быть ведущими в клинической картине заболевания.

В качестве примера приводим клинический случай больного ребенка. Алексей Г., 8 лет, поступил в отделение пульмонологии городской детской больницы (ГДБ) г. Белгорода 9.02.2012 г. с жалобами на влажный кашель, одышку, слабость. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, первых родов. Беременность протекала с токсикозом первой половины, анемией первой степени. Во время беременности у матери было обострение хронического пиелонефрита. В родах – вторичная слабость родовой деятельности, обвитие пуповины вокруг шеи плода, хроническая внутриутробная гипоксия плода. Масса тела при рождении 3120 г, рост – 50 см. Оценка по шкале Апгар – 7 баллов. К груди был приложен на 2 день, грудь взял хорошо, не срыгивал. Из роддома был выписан на 5 день, БЦЖ сделана в роддоме.

В 3 месяца был выставлен диагноз: перинатальное поражение ЦНС. Синдром гипервозбудимости центральной нервной системы. Было назначено лечение и наблюдение у невролога по месту жительства. На грудном вскармливании находился до 1 года. Сроки прикормов и пищевых корригирующих добавок назначались согласно возраста по рекомендациям участкового педиатра. Профилактические прививки были проведены по возрасту, без осложнений. Аллергоанамнез отягощен. В 1 год 8 месяцев перенес острую крапивницу. Пищевая аллергия на цитрусовые проявляется с раннего возраста появлением на коже мелкоточечной зудящей сыпи, склонной к слиянию. Впервые острым респираторным заболеванием (ОРЗ) заболел в 5 месяцев. В течение первого года жизни перенес ОРЗ 4 раза. В 1 год 10 месяцев перенес обструктивный бронхит средней степени тяжести, по поводу которого находился на стационарном лечении в ГДБ г. Белгорода. В 2 года 3 месяца впервые перенес острую правостороннюю пневмонию средней степени тяжести, после которой стал часто переносить ОРЗ (до 5-6 раз в год), которые, как правило, осложнялись бронхитами. С 5 лет – рецидивирование правосторонней нижнедолевой пневмонии 1 раз в год. С 6-летнего возраста наблюдался регулярно у пульмонолога областной детской больницы (ОДБ) г. Белгорода. Впервые бронхоскопическое исследование было проведено в феврале 2011 г. Заключение: Картина рецидивирующего бронхита.

Мультиспиральная компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки: фиброателектаз средней доли правого легкого. Врачом – пульмонологом ОДБ был выставлен диагноз: Респираторный аллергоз в начале февраля 2011 г. Фиброателектаз средней доли правого легкого. Была назначена гипоаллергенная диета, симптоматическое лечение. С конца февраля 2011 г. ребенок стал наблюдаться у врача аллерголога – иммунолога ОДБ с диагнозом: бронхиальная астма, атопическая, персистирующее течение. Аллергический ринит. Неоднократно проводилась иммунотропная терапия, назначались бронхолитики, муколитики, симптоматические средства, однако заметного улучшения общего состояния и самочувствия ребенка не отмечалось. Контрольная КТ органов грудной клетки – без определенной динамики. В июне 2011 г. ребенок был направлен в Российскую детскую клиническую больницу (РДКБ), торакальное отделение на плановую госпитализацию для дальнейшего обследования и лечения. При поступлении общее состояние ребенка было средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, чистые. При аускультации в легких отмечалось ослабление дыхания справа в нижних отделах, хрипов не было. Частота дыхания (ЧД) – 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 84 удара в 1 минуту. АД – 110/70 мм рт.ст.

КТ органов грудной клетки – картина фиброателектаза средней доли правого легкого.

ЭКГ – дисметаболические изменения в миокарде.

Фибробронхоскопия (ФБС) – катаральный эндобронхит. Гнойный эндобронхит нижней доли правого легкого.

Функция внешнего дыхания (ФВД) – умеренные вентиляционные нарушения по обструктивному типу на центральном и среднем участках дыхательных путей.

Биохимия крови: гипокальциемия, гипомagneмизм, гиперкалиемия.

Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача-пульмонолога по месту его жительства с рекомендациями. В течение последующих 4-5 месяцев ребенок себя чув-



ствовал относительно неплохо. С середины сентября 2011 г. 20 дней находился на санаторно-курортном лечении в детском санатории «Грайворон» Белгородской области. Однако уже после выписки из санатория через 5 дней снова заболел ОРЗ, по поводу чего находился на амбулаторном лечении по месту жительства. Ребенок переносит ОРЗ практически каждые 2 месяца.

При поступлении в пульмонологическое отделение ГДБ общее состояние ребенка средней степени тяжести, обусловленное ведущим бронхообструктивным, а также кардиоваскулярным и интоксикационным синдромами. Кожные покровы бледные, чистые. Кашель влажный, с отхождением вязкой слизистой мокроты в течение дня. Грудная клетка уплощена в передне-заднем направлении. Умеренное втяжение межреберий при дыхании. Частота дыхания (ЧД) – 26-27 в 1 минуту. Перкуторно – звук легочный с коробочным оттенком слева и справа в верхних отделах, укорочение звука в нижних отделах справа. При аускультации в легких отмечалось ослабление дыхания справа в нижних отделах, обилие сухих свистящих и влажных разнокалиберных хрипов, больше справа в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 92-94 удара в 1 минуту. АД – 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 0,5 см.

Общий анализ крови от 10.02.12 г.:

Эр.х10 ⁶ / мм ³	Л. х 10 ³ / мм ³	Нв, г/л	Тр.х 10 ³ / мм ³	Л, %	М, %	П, %	Б, %	Э, %	С, %	СОЭ, мм/ч
5,34	11,7	138	275	21	7	5	0	1	66	13

Общий анализ мочи от 10.02.12 г. – в норме.

Биохимия крови от 14.02.12 г.: общий белок – 79 г/л, альбумины – 39 г/л, сахар – 5,18 ммоль/л.

ЭКГ – без патологических особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки: признаки острого бронхита.

При исследовании функций внешнего дыхания определяется умеренное снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ), значительное снижение прохождения дыхательных путей, умеренная рестрикция.

Лечение: внутривенное струйное введение раствора дексаметазона, внутривенное капельное введение раствора эуфиллина, внутримышечное введение цефотаксима, внутрь – бромгексин, беродуал, парацетамол, дротаверин, небулайзерная терапия пульмикортом, физиолечение, массаж грудной клетки.

Выписан 23.02.12 г. в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра с рекомендациями.

Литература

1. Синдром средней доли у детей //Пульмонология детского возраста: проблемы и решения / Под ред. Ю.Л. Мизерницкого и А.Д. Царегородцева. – М., 2006. – Выпуск 6. – 27-29 с.
2. Редкие заболевания легких у детей. Клинические наблюдения /Под ред. Н.Н. Розиновой, Ю.Л. Мизерницкого – М.: ООО «Оверлей», 2009. – 122 с.
3. Bronchial inflammation and colonization in patients with clinically stable bronchiectasis / J. Angrill [et al.] // Am J Respir. Crit. Care Med, 2001. – P. 1628–1632.

A SYNDROME OF MIDDLE LOBE OF THE LUNG AT A CHILD

T.A.KRYUCHKOVA¹
T.A. ROMANOVA¹
I.V. GUDOVA²

¹*Belgorod National
Reserch University*

²*Municipal childrens hospital,
Belgorod*

e-mail:haraba.tanya@mail.ru

The article presents a clinical case of multiple bronchiectasis on the background of congenital humoral immunodeficiency states (IDS) in the older child and the rational and effective use of immunotropic preparation for intravenous administration – Octagam. Due to the high content of IgG and its natural bifunctional activity of this drug provides long-circulating immunoglobulin in the serum of the patient, and thus allows for Octagam for treatment and prevention of relapses of chronic lung diseases in older children with congenital humoral IDS.

Key words: multiple bronchoectasis, baby, immunodeficiency states, Octagam.