

**В. П. Костроміна, О. І. Білогорцева, О. Є. Сіваченко, В. О. Юхимець, А. О. Отрощенко
ВИПАДОК ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ЕМПІЕМИ ПЛЕВРИ У ДИТИНИ***Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України*

За оцінками фахівців, туберкульоз в Україні продовжує поширюватися, щодня реєструється 82 вперше виявлених хворих і 30 хворих гине від цієї недуги [1].

На жаль, продовжує зростати й захворюваність на туберкульоз серед дітей. Із 1990 до 2001 р. цей показник збільшився з 4,6 до 9,3 на 100 тис. дитячого населення [2]. У 2001 році зростання захворюваності дітей мало місце в 10-ти областях України.

На фоні збільшення інфікованості і захворюваності дітей примітним є також погіршення структури клінічних форм туберкульозу. Локальні форми туберкульозу часто виявляються у фазі обсіменіння і розпаду. Почастішали випадки локалізації процесу в нижніх відділах легень. Зріс відсоток ускладнених форм туберкульозу у дітей та підлітків. Збільшується кількість хворих із поширеними і прогресуючими формами: дисемінованим, міліарним туберкульозом, казеозною пневмонією, фіброзно-кавернозним туберкульозом. Стали частіше зустрічатися ізольовані ураження бронхів і туберкульозний плеврит [2, 3].

Серед медичних факторів, що призвели до такого стану речей, слід відзначити порушення термінів і техніки постановки проби Манту, неправильну інтерпретацію її результатів, несвоєчасність скерування дітей до фтизіатра, недостатній рівень знань лікарів загальної мережі щодо туберкульозу, відсутність настороженості щодо туберкульозу.

Увазі читача надаємо розгляд випадку тяжкої туберкульозної емпієми плеври у хлопчика 9 років, ускладненої розвитком плевропневмоцирозу.

З анамнезу хворого випливає, що хлопчик захворів гостро у грудні 2001 р. Був госпіталізований у районну лікарню, через 2 дні був переведений до хірургічного відділення з діагнозом: лівобічна полісегментарна пневмонія, плащовидний плеврит. Протягом трьох тижнів хворому двічі проводили пункцію плевральної порожнини: випіт соломяного кольору, посів на неспецифічну флору росту не дав, проба Рівальта була позитивною. У препараті: 3–5 лімфоцитів у полі зору, поодинокі нейтрофіли та еритроцити. Хворий отримував таке лікування: гентаміцин, доксициклін, трихопол, цефазолін, інгаляції з етонієм, масаж грудної клітки, електрофорез із йодистим калієм, парафінові апплікації. Самопочуття дитини дещо поліпшилося, але на контрольній рентгенограмі зберігалися плевральні нашарування зліва. У такому стані хворий був виписаний.

Півроку хлопчик перебував під домашнім наглядом, відвідував школу. Протягом зазначеного періоду, зі слів батьків, хлопчик перебував під наглядом педіатрів обласної лікарні і періодично отримував фізіопроцедури, у тому числі й теплові. Під час планового обстеження у школі після постановки проби Манту з 2 ТО у хлопчика виявилася гіперергічна шкірна реакція — папула 18 мм з везикулою. Після чого хворого направили на консультацію до фтизіатра. Рентгенологічне обстеження органів дихання показало наявність значних змін. Після цього хворий був

скерований у фтизіопульмонологічне відділення дитячого стаціонару обласної лікарні — у травні 2002 р.

При уточненні анамнезу виявилось, що хлопчик був вакцинований БЦЖ в пологовому будинку і ревакцинований, але наявний один рубець 8 мм. Дані щодо туберкульозної чутливості за попередні роки були відсутні. Туберкульозний контакт батьки дитини заперечували.

На час госпіталізації хлопчика загальний стан його був незадовільний. Лікарі відмітили асиметричність грудної клітки, ліва її половина значно відставала в акті дихання. Периферичні лімфовузли численні безболісні щільні, до 0,5 см в діаметрі. Над легеньми зліва перкуторно — різко вкорочений звук, аускультативно — різко ослаблене дихання. На комп'ютерній рентгенограмі грудної клітки від 4.06.2002 р.; циркулярне нерівномірне потовщення парієтальної плеври лівої половини грудної стінки з поширенням по міжчасточковій щілині та на середостіння, ліва легень зменшена в об'ємі, обмежено бере участь в акті дихання, права легень компенсаторно збільшена, органи середостіння зміщені вліво, збільшених лімфовузлів в середостінні не виявлено. УЗ-дослідження плевральної порожнини: вільної рідини немає, візуалізується щільна, не поросла судинами речовина, що інтимно оточує легень, екскурсія легень значно обмежена. Загальний аналіз крові від 29.05.02 р.: Ер — $3,82 \cdot 10^{12}/л$, Нь — 123 г/л, Л — $5,0 \cdot 10^9/л$, е — 6 %, п — 2 %, с — 58 %, л — 28 %, м — 6 %, ШОЕ — 34 мм/год. Біохімічний аналіз крові: загальний білірубін — 11,0 ммоль/л, непрямої білірубін — 11,0 ммоль/л, АСТ — 0,44 ммоль/л, АЛТ — 0,44 ммоль/л, цукор — 5,61 ммоль/л, С-РБ — виражено позитивний. Посів промивних вод бронхів на МБТ — негативний результат.

Хворому було призначено консервативне лікування: стрептоміцин, ізоніазид, рифампіцин (останній препарат був відмінений через побічну реакцію — блювання), піразинамід, етамбутол, преднізолон, аспаркам, карсил, інфузійна терапія, вітаміни групи В, аскорбінова кислота, мукалтин, АЦЦ, розсмоктуюча терапія з алое, лідазою, ЛФК, дихальна гімнастика. Хворому також проводилися плевральні пункції із введенням хімотрипсину. Слід зазначити, що при зворотному русі поршня в шприці отримано невелику кількість біло-жовтавої сипкої речовини, тричі в мазках — дегенеративне змінені клітини (нейтрофіли, лімфоцити, мезотелій, МБТ не виявлено).

На контрольній рентгенограмі грудної клітки через 3,5 місяці лікування позитивна динаміка відсутня, виражене циркулярне потовщення плеври, зменшення в об'ємі лівої легень.

Хлопчик перебував на лікуванні у зазначеному вище відділенні фтизіопульмонології з травня по жовтень 2002 року з діагнозом: екссудативний плеврит зліва туберкульозної етіології, МБТ — "-", плевропневмофіброз, "панцирна легень". Лікування виявилось малоефективним (рисунок).

Враховуючи малу ефективність попереднього лікування хворий був направлений на консультацію в Інститут фтизіатрії і пульмонології для вирішення питання опера-

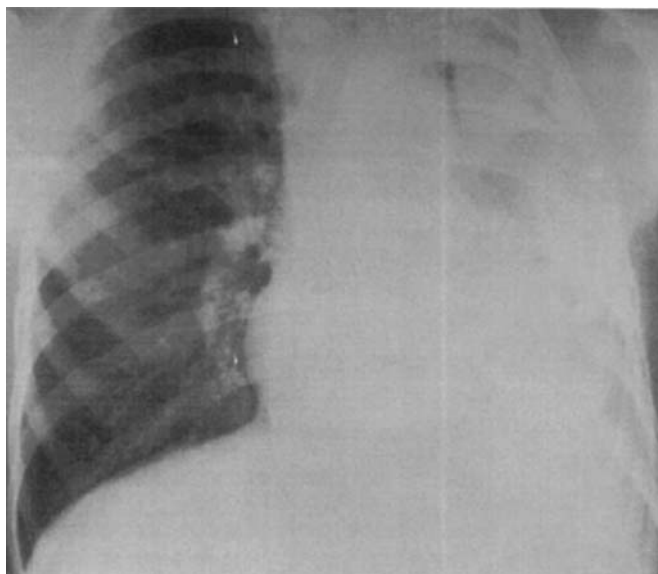


Рисунок. Рентгенограма грудної клітки хворого Г. до операції

тивного втручання, де була підтверджена доцільність негайної операції.

При госпіталізації у хлопчика були скарги на загальну слабкість, непостійний субфебрилітет, задишку при незначних фізичних навантаженнях, пітливість уночі, поганий апетит, схуднення. Дані об'єктивного огляду: пониженого живлення; поліаденія периферичних лімфовузлів; груба деформація грудної клітки — сплющення і зменшення в об'ємі лівої половини грудної клітки, що супроводжується сколіотичною деформацією хребта; лівий геміторакс відстає в акті дихання, різке послаблення перкуторного звуку і дихання зліва. Печінка збільшена на 3 см. Загальний аналіз крові від 7.10.02 р.: Нь — 136 г/л, Л — $9,5 \cdot 10^9$ /л,

е — 1%, п — 2%, с — 50%, л — 42%, м — 5%, ШОЕ — 33 мм/год. Біохімічний аналіз крові: загальний білірубін — 8,57 ммоль/л, непрямий білірубін — 8,57 ммоль/л, АСТ — 0,56 ммоль/л, АЛТ — 0,94 ммоль/л — тобто де-що підвищений рівень трансаміназ.

29.10.2002 р. хворому було виконано бічну торако-томію зліва по 6-му міжребір'ю. У протоколі операції хірурги відмічають, що плевральна порожнина була повністю зарощена масивними плевральними зрощеннями. Виділення легені здійснювали естраплевралью на всій протяжності. При виділенні виявилась наявність багатокамерних емпіємних мішків із вмістом крихто по діб ногогною типу казеозних мас. Плевра потовщена до 3 см, особливо в наддіафрагмальній області і костальній поверхні. Легеня значно виявилася зменшена в об'ємі, пальпаторно не змінена. У результаті операції здійснено тотальну плевроектомію з декортикацією легені. При цитологічному дослідженні було підтверджено специфічну природу емпієми. Стан після операції задовільний.

Наведений випадок свідчить про необхідність звертати увагу лікарів-педіатрів на такі моменти при веденні хворих: відсутність суттєвого ефекту від терапії антибіотиками широкого спектру дії, виражені клінічні та рентгенологічні прояви захворювання та їх прогресування на фоні неадекватної терапії; необхідність проведення аналізу туберкулінової чутливості за минулі роки та призначення проби Манту з диференційно-діагностичною метою, а також призначення консультації фтизіатра.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Фещенко Ю. И.* Ситуация с туберкулезом в Украине // Доктор. — 2002. — № 4. — С. 11–14.
2. *Білогорцева О. І.* Туберкульоз у дітей України в сучасних умовах / Матеріали підсумкової наради з питань охорони материнства та дитинства. — Дніпропетровськ, 2002. — С. 12.
3. *Костроміна В. П., Деркач О. В., Речкіна О. А., Білогорцева О. І.* Туберкульоз у дітей // Доктор. — 2003. — № 4. — С. 41–43.