

О. Є. Сіваченко, В. О. Усанова, О. І. Білогорцева, В. О. Юхимець, О. О. Вербняк
ДО ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН СЕРЕДОСТІННЯ ТА
ТУМОРОЗНОЇ ФОРМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ВНУТРІШНЬОГРУДНИХ ЛІМФОВУЗЛІВ У ДІТЕЙ

Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України

У практиці фтизіатра досить часто мають місце такі ситуації, коли необхідно віддиференціювати туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів від інших патологічних змін в області середостіння і коренів легень. Описано понад 30 захворювань, що виявляються рентгенологічно в цій області [1]. Диференціацію доцільно починати з визначення локалізації процесу і використовувати рентгенологічне обстеження із застосуванням прямої та бокової проекції, а також томограм.

Гіперплазія вилоккової залози досить часто трапляється у грудному та ранньому дитячому віці. Під терміном "тимом" зазвичай об'єднують усі види пухлин та кіст вилоккової залози. У переважній більшості випадків ця патологія має безсимптомний перебіг. За умов розвитку пухлинного процесу мають місце клінічні прояви за рахунок тиску на сусідні органи або ж симптоми гормональної активності. Рентгенологічно тимом відображається розширенням середостіння з одного чи обох боків. Частіше вона розташована асиметрично і, як правило, у верхньому та середньому відділі переднього середостіння. Розміри та форма трансформованих пухлиною часток вилоккової залози мають відмінності в досить широких межах. Окремі автори [2] вказують на можливу хвилястість контурів, грушеподібну форму та включення кальцієвих солей. Це створює додаткову подібність із гіперплазією внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.

Увазі читача пропонується випадок утрудненої діагностики туморозної форми туберкульозу внутрішньогрудних лімфовузлів у дівчинки 13 років.

Із анамнезу хвороби з'ясовано, що дитина вважається хворою з лютого 2002 року, коли на фоні задовільного загального стану з'явилась фебрильна температура інтермітуючого характеру. Генез спалахів гіпертермії встановити не вдалось, тому дитина отримувала терапію *ex juvantibus* цефазоліном, їй також неодноразово призначали жарознижувальні препарати (аспірин, анальгін). Лікування сприяло короточасному поліпшенню, але за кілька днів основна симптоматика знову поверталася до попереднього стану. У червні того ж року хвора була обстежена в лікарні м. Рівне, куди потрапила у стані середньої тяжкості зі скаргами на загальну слабкість. На тлі загального незадовільного стану у хворої з'явилися розлади травлення (рідкий стілець із кров'ю), болі в животі. При лабораторному обстеженні виявлено анемію, рентгенологічно — пухлинне утворення у паратрахеальній зоні справа. За результатами туберкулінодіагностики було зареєстровано везикуло-некротичну реакцію на внутрішньошкірне уведення 2 ТО туберкуліну ППД-Л. Встановлений діагноз мав такий вигляд: ерозивний гастрит, неспецифічний виразковий ентероколіт, важка форма, анемія. Проведено лікування: в/м цефазолін, цефтріаксон, в/в інфузії кокарбоксілази, рибоксину, панангіну, вітаміну С, контрикалу, переливання одногрупної еритроцитарної маси, а також — дицинон, вікасол, лінекс, бактисубтіл,

салофальк, ністатин, амінокапронова кислота. Така терапія сприяла поліпшенню загального стану дитини — відновився апетит, нормалізувався стілець, зменшилася слабкість. Зміни у середостінні означені як прояви системного ураження лімфатичної системи. Рентгенологічна картина органів дихання залишалась без динаміки, що дало підстави запідозрити тимому, лімфому або лімфогранулематоз. З метою виключення онкологічного генезу об'ємного утворення хвору направили до Інституту онкології, де була здійснена трансторакальна біопсія пухлини. Даних, які підтвердили онкологічний процес, не отримано.

Враховуючи гіперергічну реакцію на пробу Манту з 2 ТО, що мала місце в червні 2002 р., хвора була направлена в Інститут фтизіатрії і пульмонології для консультації та уточнення діагнозу.

Із анамнезу життя відомо, що дитина зростала й розвивалася відповідно віку. Профілактичні щеплення проведені за календарем. Вакцинована БЦЖ у пологовому будинку, після чого рубець не утворився. Дані про попередні реакції на пробу Манту відсутні. Зі слів матері, тести дівчинці не ставили. Наявність туберкульозного контакту не встановлено.

За час хвороби дівчинка схудла на 4 кг. При вступі у клініку скарги на загальну слабкість, поганий апетит, проблеми зі сприйняттям їжі, болі в животі, поганий сон уночі. Загальний стан відповідав середній тяжкості. Мали місце виражені ознаки інтоксикації: швидка стомлюваність, слабкість, змінена формула сну (денна сонливість та неспокійний сон уночі), зниження апетиту, зниження тургору тканин, блідість шкіри та слизових оболонок, "синці" під очима, підвищена температура тіла (37,7°C). Примітною була втрата інтересу дівчинки до спілкування. Периферичні лімфовузли пальпувались у 5 групах, розміром 3–5 мм, поодинокі, еластичної консистенції. Грудна клітка мала сплюснену форму у напрямку сагітальної площини. Над легеньми визначались перкуторні ознаки збільшених внутрішньогрудних лімфовузлів, аускультивно реєструвалось жорстке дихання з обох сторін. Живіт при пальпації м'який, безболісний, зі зниженим тонусом м'язів. Печінка виступала з-під краю реберної дуги по середньоключичній лінії на 2 см. Селезінка — біля краю реберної дуги. Зів — чистий. У загальному аналізі крові — анемія (72 г/л), лейкоцитів $9,3 \cdot 10^9$ /л і висока ШОЕ — 48 мм/год. Загальний аналіз сечі — без особливостей. Біохімічне дослідження крові у межах вікової норми. У промивних водах бронхів МБТ або вторинної мікрофлори методом флотації та посіву не виявлено. На ЕКГ — метаболічні зміни в міокарді.

На рентгенограмах, томограмах, комп'ютерній томографії: парагілярно посилені малюнок, потовщені міжчасткові плевральні листки. У коренях лімфатичні вузли не виявлялися. У середостінні — збільшені лімфовузли, найбільший — паратрахеально у передньому межистинні, розмір якого впродовж місяця зріс удвічі (рисунок). Серце та судини — без видимих змін. Попередній висновок рентгенолога: лімфогранулематоз, менш вірогідно — тимом.



Рис. Рентгенограма грудної клітки хворої А. до операції

Не було можливим також виключити туберкульоз паратрахеальних лімфовузлів, враховуючи наявність пухлинного утворення у передньому середостінні справа невідомої етіології, везикулонекротичну реакцію Манту з 2 ТО ППД-Л. Проте гострий характер крові, періодичні спалахи фебрильної температури, схуднення, а також збільшення пухлини майже вдвічі протягом 2-х тижнів давали підстави підозрювати злоякісну природу захворювання. Тому в липні 2002 р. з метою відкритої біопсії пухлини було проведено операцію: бокову торакотомію з видаленням паратрахеальних лімфатичних вузлів справа. Оперативне втручання проводилось на фоні антимікобактеріальної терапії (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід).

Дослідження матеріалу біопсії дало підстави для такого висновку: туберкульозний лімфоаденіт з казеозним розпадом.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, рана загоїлась первинним натягом. Після операції на рентгенограмах, зонограмах — status postoperativus, у середостінні паратрахеальні лімфовузли ущільнені. Пристінковий та міжчастковий випіт, шварти. Дитина продовжувала отримувати протитуберкульозну терапію чотирма хіміопрепаратами (рифампіцин, ізоніазид, стрептоміцин, піразинамід). Через 1,5 місяці після операції на рентгенограмах та пошарових томограмах — позитивна

динаміка: розсмоктування прикореневої інфільтрації, лімфовузли паратрахеальної групи зменшилися у розмірі, міжчастковий випіт розсмоктався. Через 4 місяці після операції та специфічного лікування — тонка міжчасткова шварта справа, синуси вільні, легеневий малюнок відновлений, лімфовузли не виявляються.

Загалом динаміка післяопераційного перебігу була позитивною. У результаті 5-місячної специфічної терапії стан хворої значно поліпшився: зросла життєва активність, шкірні покриви набули звичайного кольору, дівчинка додала в масі тіла 6 кг, відбулися помітні зміни в картині крові — нормалізувався вміст лейкоцитів ($5,7 \cdot 10^9 / л$), значно зменшилася ШОЕ (8 мм/год), проте анемія все ще була наявною, хоча і менш вираженою, ніж до операції (Hb — 105 г/л). Хвора все ще перебуває під наглядом фтизіопедіатра, закінчує основний курс антимікобактеріальної терапії, загальний стан здоров'я дівчинки стабілізований до задовільного.

Даний клінічний випадок є вельми повчальним для лікарів різних профілів, оскільки туберкульоз може розвиватися на тлі різноманітних проявів, пов'язаних із інтоксикацією, викликати значні порушення з боку шлунково-кишкового тракту, так і безсимптомно. Якщо дивитися вглиб, то диференційний діагноз тут насправді не складав би значних труднощів, коли б не кілька негативних моментів. По-перше, грубе порушення термінів постановки проб Манту. Адже дівчинці кілька років взагалі не робили шкірних туберкулінових проб або якщо й робили, то результати ніде не були зафіксовані. Проба Манту була здійснена, коли дівчинка вже хворіла на туберкульоз, тому-то й мала місце везикуло-некротична реакція. По-друге, недостатня настороженість педіатрів загальної мережі щодо туберкульозу. Саме через ці фактори має місце пізня діагностика, а отже й пізнє призначення протитуберкульозних препаратів, що призводить до значних труднощів у лікуванні, а іноді й до інвалідазації хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Виннер М. Г., Шулушко М. Л. Шаровидные образования легких (клиника, диагностика, лечение). Свердловск: Средне-Уральское Книжное Издательство, 1971. — 307 с.
2. Розенштраух Л. С., Рыбакова Н. И., Виннер М. И. Рентгено-диагностика заболеваний органов дыхания. — Москва: Медицина, 1987. — 640 с.

Ю. Ф. Савенков, О. А. Бублик, Т. И. Дуплий ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ ЛЁГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ЛИМФОБРОНХОЛИТИАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Областное клиническое лечебно-профилактическое объединение "Фтизиатрия", г. Днепропетровск

В патогенезе кровохарканья и бронхо-лёгочного кровотечения значительное место занимает поражение бронхо-пульмональных лимфатических узлов. [1, 4]. Они, механически воздействуя на сосуды и бронхи, вызывают их аррозию и могут быть причиной кровохарканья и обильных лёгочных кровотечений. Этот механизм развития геморрагических осложнений приобретает особенно важное практическое значение в связи с возросшей активностью торакальной хирургии в отношении

туберкулёза лимфатических узлов [2, 3]. Бронхолиитиаз относится к сравнительно редким осложнениям туберкулёза лёгких и внутригрудных лимфатических узлов и в 50 % может сопровождаться кровохарканьем или вызывать обильное кровотечение. По данным И. М. Слепухи [2] камни бронхов на резекционном материале отмечались в 1,7 % случаях. Чаще всего бронхолиитиаз — это осложнение (секвестрация) туберкулёза бронхо-пульмональных или трахео-бронхиальных лимфатических узлов. По нашим данным, комплексное рентгенологическое (включая томографию) исследование в совокупности