

## РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ И ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОМПЛЕКСА У ДЕТЕЙ

Л.А. САУЫРБАЕВА

*Городской противотуберкулезный диспансер, г. Алматы*

**Т**уберкулез внутригрудных лимфатических узлов обычно подразделяют на инфильтративную форму, сходную с прикорневой пневмонией, характеризующуюся преимущественно перифокальными реакциями вокруг пораженных узлов, и туморозную форму, сходную с опухолевыми заболеваниями и характеризующуюся преимущественно гиперплазией лимфатических узлов казеозом. Внутригрудные лимфатические узлы принято подразделять на паратрахеальные, трахеобронхиальные, бифуркационные и бронхопульмональные [1], что определяет топографическое расположение туберкулезного процесса при этой клинической форме. При хорошо работающей педиатрической службе туберкулез внутригрудных лимфатических узлов чаще выявляют при обследовании ребенка или подростка по поводу выража туберкулиновых проб, однако у детей младшего возраста возможны острые формы с высокой температурой тела и интоксикацией.

Чаще процесс выявляют рентгенологически. Расширение тени корня и нарушение его структуры чаще бывают односторонними, легче эти изменения обнаружить при правостороннем бронхоадените. Встречается одностороннее расширение верхнего средостения. Инфильтративный тип туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов характеризуется нечеткостью очертаний расширенного корня легкого, это результат перинодулярного воспаления. При опухолевидной форме ведущим признаком в рентгенологической картине бывает значительное увеличение лимфатических узлов – расширение, удлинение и изменение структуры корня легкого. Наружные границы тени имеют выпуклые, волнистые, иногда бугристые очертания и сочетаются с невозможностью дифференцировать отдельные лимфатические узлы.

Достоверную картину можно получить при помощи КТ органов грудной клетки.

Клинические проявления туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов бывают обусловлены осложнениями этой клинической формы: бронхогенным обсеменением, перераздутием участка легкого дистальнее места сдавления или обтурации, развитием дистелектаза и ателектаза. Возможно развитие перикардита.

### Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов проводят с внутригрудной формой саркоидоза легких.

В пользу саркоидоза будут симметричность поражения [3] и отрицательные туберкулиновые пробы.

При лимфогранулематозе увеличение лимфатических узлов более выражено по степени и распространенности. Преобладает поражение узлов переднего средостения, тени узлов крупнобугристые [2]. В переднем средостении у детей расположена вилочковая железа, ее увеличение также может симулировать бронхоаденит. Отличие загрудинного зоба выявляют при рентгеноскопии: при дыхании и глотании зоб смещается. Еще более достоверно радиоизотопное исследование щитовидной железы.

### Первичный туберкулезный комплекс

Нозологический диагноз «Первичный туберкулезный комплекс» был предложен Ранке, подразумевавшем под

ним первичный очаг в легком (легочный компонент), группу пораженных внутригрудных лимфатических узлов (железистый компонент) и специфический лимфангоит лимфатических сосудов, идущих от легочного компонента к железистому. С широким применением БЦЖ она стала возникать реже, уступая по распространенности туберкулезу внутригрудных лимфатических узлов.

Эта клиническая форма может иметь довольно острое начало с интоксикацией, сходное с началом пневмонии. В то же время нередко встречаются стертые течения заболевания, когда туберкулез не диагностируют, а при очередном рентгенологическом обследовании в легком и его корне обнаруживают плотные очаги или кальцинаты. Осложнения: к ним относят туберкулез бронхов, ателектаз, бронхолегочные поражения (долевые и сегментарные процессы), гематогенную и лимфогенную диссеминацию, плеврит, первичную каверну и казеозную пневмонию.

### Рентгенологическая характеристика первичного туберкулезного комплекса

Классический первичный комплекс состоит из трех основных элементов: легочного, железистого компонентов и связывающего их лимфангоита.

Однако прежде чем биполярность становится отчетливой на дорсовентральном рентгеновском снимке легких, проходит фаза инфильтрации. Инфильтрат представляет собой довольно интенсивное затемнение, связанное с корнем легкого, иногда он наслаивается на корень. Как правило, инфильтрат не гомогенен. Границы его несколько размыты. Размеры инфильтратов различны и зависят от степени поражения легкого: они могут быть лобарными, сегментарными и бронхообулярными. Чаще первичный комплекс локализуется в верхней доле легких.

Различают четыре стадии развития первичного туберкулезного комплекса:

**I стадия** – пневмоническая. На рентгенограмме видны три составные части комплекса:

1) фокус в легочной ткани размером 2-4 см в диаметре и более, овальной или неправильной формы, различной интенсивности (чаще – средней и даже высокой), с нечетким, размытым контуром:

2) отток к корню, лимфангоит, который определяется в виде линейных тяжей от фокуса к корню:

3) в корне – увеличенные инфильтрированные лимфатические узлы. Корень представляется расширенным, структура его смазана, интенсивность повышена. Контур, очерчивающие лимфатические узлы, или размыты, или более четко обрисовывают увеличенные узлы.

**II стадия** – рассасывание. Фокус в легочной ткани уменьшается, интенсивность его повышается, контуры становятся четкими. Уменьшаются отток к корню и инфильтрация лимфатических узлов.

**III стадия** – уплотнение. На месте фокуса остается очаг до 1 см в диаметре, в нем появляются известковые включения в виде мелких точек резкой интенсивности. Такие же вкрапления известны заметны и в лимфоузлах корня легких. Между очагом и корнем определяются тонкие тяжи от лимфангоита.

**IV стадия** – кальцинация. Очаг в легочной ткани становится еще меньше, плотнее, интенсивность его

высокая, контур четкий, часто зазубренный, неровный. Увеличиваются кальцинаты и в лимфоузлах корня. Кальцинаты в одних случаях представляются сплошным плотным образованием, в других – они имеют менее интенсивные тени включений, которые свидетельствуют о неполной кальцинации очага и сохранении в них участков казеоза.

При благоприятном исходе первичного туберкулезного комплекса со временем в центре бывшего казеоза нарастает обызвествление.

Если развитие первичного туберкулеза ограничивается формированием небольшого очага гранулематозного воспаления, который только можно заметить на рентгенограмме грудной клетки, если он начинает обызвествляться, то это образование называют очаг Гона.

В тех случаях, когда первичный комплекс выявляется своевременно и больной получает полноценное лечение, часто наступает полное рассасывание патологических изменений в легочной ткани и корне, с полным восстановлением их первоначального рисунка.

Основа лечения туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, первичного туберкулезного комплекса – длительная химиотерапия в условиях стационара, затем санатория.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Переслегин И.А. Детская рентгенология. М. Медицина, 1976. – С. 72-74; 2. Розенштраух Л.С., Рыбакова Н.И., Виннер М.Т. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. Москва. Медицина, 1987. – С. 268-274, 118-146; 3. Holger Pettersson Общее руководство по радиологии, 2 тома, 1995. – С. 748.

#### ТҰЖЫРЫМ

### БАЛАЛАРДАҒЫ БАСТАПҚЫ ТУБЕРКУЛЕЗДІК КЕШЕННІҢ ЖӘНЕ КЕУДЕ ІШІНДЕГІ ЛИМФА ТҮЙІНДЕРІ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКАСЫ

*Л.А. Сауырбаева*

*Қалалық туберкулезге қарсы диспансер, Алматы қ.*

1. Осылай бастапқы туберкулездік кешеннің және кеуде ішіндегі лимфа түйіндері туберкулезінің рентгенодиагностикасы айыр безінің ұлғаюымен пневмония, саркоидоз, лимфогранулематоз секілді аурулардың дифференциалдық диагностикасын өткізуді талап етеді.

2. Рентгенологиялық кескінді сипаттау кезінде сапалы түрде жиналған аурудың эпидемиологиялық анамнезі, науқастың күйі қажет болады.

3. Туберкулез проблемаларындағы басты міндеттердің бірі ерте анықтау және диагностика болып табылады.

#### SUMMARY

### RADIOLOGIC DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS OF THORACIC LYMPH NODES AND PRIMARY TUBERCULAR COMPLEX IN CHILDREN

*L.A. Sauyrbayeva*

*City TB dispensary, Almaty c.*

1. Therefore the radiologic diagnostics of tuberculosis of thoracic lymph nodes and the primary tubercular complex requires executing the differential diagnostics with such diseases as pneumonia, sarcoidosis, lymphogranulomatosis and increased thymus gland.

2. An epidemiological anamnesis of high quality and the condition of a patient are necessary in description of X-ray pattern.

3. Early detection and diagnostics are among of the main objectives in the problems related to the tuberculosis.

#### ТЕРАПИЯ

## ЖӨТЕЛ: НЕГІЗГІ ЕМДЕУ ЖОЛДАРЫ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАСЫ

**А.Н. НУРЛАНОВА**

*№17 Қалалық емхана, Алматы қ.*

**М**еншікті бақылауларды негізге және осы әдебиеттерге жөтел диагностика және тиімді терапияның негізгі қағидалары көрсетілген.

Жөтел – кең таралған респираторлы симптом, өмір құндылығын және аурулардың активтілігін бұзады. Еуропа елдерінде жөтелмен 20-48 жас аралығында халықтың 30%-ы зардап шегуде, бұған қарамастан жөтелдің таралуы әр жерде әртүрлі, жыл сайын ауыратындар саны өсуде және олардың 60-70%-ы әйел адамдар. Олардың қатарында ең ауыр жөтелді сонкопальды күй (беталепсия) деп атауға болады және жөтелден болатын тырысуларда кіші дәретті ұстай алмай қалу. Бұған қоса, жөтелдің жағымсыз әсерлері: ауру адамды стресске алып келеді, мысалға, концертте, жиналыста т.б. жерлерде қоршаған ортаға жөтелген адамның жағымсыз әсері туындауы мүмкін. Осыған байланысты адамдарда, ұзақ уақытқа созылған жөтел депрессияның өршуіне себеп болады. Мұндай аурумен ауыратын адамдардың өмір сүру сапасын бағалауда, ұзақ созылған жөтелді ауыр созылмалы обструктивті өкпенің ауруымен (СОӨА) салыстырады.

3 аптаға созылған жөтелді қатты жөтел, ал 8 аптадан асса созылмалы жөтел деп айтады. Бұл жіктелу, жөтелдің

созылу уақытына негізделіп: 3-8 аптаға созылған жөтел бұл дәрежелердің ешқайсысына жатпайды, жоғарғы тыныс алу мүшелерінің қатты жұқпасына (ЖМЖ) жөтел 3 аптадан артық болуы мүмкін емес, ал созылмалы жөтел қатты жөтелден басталады.

Қатты жөтел қатты жұқпасына (ЖМЖ) жөтел нәтижесінде болады, бронхо-өкпе және жүрек-қантамырларының ауруы туындауы (пневмония, бронхиалды астманың асқинуы, тромбозмболия, өкпе артериясы, созылмалы жүрек ауруларында және т.б.)

Созылмалы тыныс алу мүшелерінің әр жерлерінде созылмалы жөтел дамиды, ЛОР – мүшелерде, жүрек – қантамырлары жүйесі, жүйке жүйесі, асқазан-ішек жолдарында және т.б.

Дәрі-дәрмектерді, оның ішінде әсіресе ангиотензинге айналдырушы ферменттермен байланысты ингибиторлар (ААФБИ-ИАПФ).

#### Жөтелдің пайда болу себептерінің диагностикасы

Созылмалы жөтелмен ауыратын адамдардың көпшілігі темекі шекпейді және бірінші тексерілуде (өкпенің рентгенограммасы, тыныс алу функциясы және т.б.) патологиялық өзгерістерге ұшырамайды. Созылмалы