УДК 616.428-002.5-053.3

ТУБЕРКУЛЁЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНСЕМИОТИКА

Д.А. Умралина

врач-рентгенолог, ГУ «ОПТД» г. Павлодар

Жұмыста жас балалардағы көкірек ішіндегі сөл түйіндері туберкулезінің ерекшеліктері, сондай-ақ оны рентген диагностикасы жолымен айқындауы туралы жазылған.

Features of a tuberculosis of intrachest lymph nodes undersign for work at children of early age, and also its revealing by radiodiagnosis

Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов наиболее часто встречающаяся форма у детей раннего возраста и имеет целый ряд отличительных особенностей. Прежде всего, это первичный туберкулёз, является наиболее частой и по существу центральной формой. Из-за казеозного процесса чаще поражается одновременно несколько групп внутригрудных лимфатических узлов, вследствие чего образуются крупные пакеты, которые нередко являются источником генерализации процесса, перехода его на соседние органы, прежде всего на бронхи. Характер и объём (распространённость) поражения лимфатических узлов во многом определяют не только тяжесть и течение заболевания, но и его форму. У детей раннего возраста процесс в лимфатических узлах протекает более выражено и бурно; с возрастом учащается число мало выраженных и стёртых форм.

Задачи рентгенологической диагностики бронхоаденита заключаются в выявлении увеличенных лимфатических узлов, определении распространённости поражения, его стадии и вовлечении в процесс соседних органов. Сложность выполнения этих задач очевидна, если учесть особенности топографии лимфатических узлов, а также частоту изменений

лёгочного корня у детей раннего возраста при различных нетуберкулёзных заболеваниях. Рентгенодиагностика изменений в лимфатических узлах основывается как на изменении плотности самого узла, так и на увеличении его размеров. Казеозный некроз ткани узла делает последний менее проницаемым для рентгеновских лучей, что позволяет с достоверностью диагностировать плотные тени лимфатических узлов в корнях лёгких. При наличии в средостении крупных казеизированных лимфатических узлов их плотность оказывается недостаточной для выявления с помощью рентгенографии и даже томографии. В этих случаях дети направляются на компьютерное исследование. У детей раннего возраста чаще встречается туморозная форма, когда лимфатический узел целиком состоит из туберкулёзной ткани, быстро подвергается казеизации, которая на R-грамме при наличии процесса в бронхопульмональных узлах сопровождается полицикличностью наружных контуров корня, сгущением рисунка в прикорневой зоне, на томограмме сужение просвета бронхов, нечеткость и волнистость контуров, выбухание стенок, смещение и деформация. Изменение контуров срединной тени наиболее ярко выступает при значительном увеличении паратрахеальных лимфатических узлов. Четкость контуров указывает на вовлечении в процесс медиастинальной плевры. При резком увеличении узлов наружный контур становится бугристым или имеет вид «каминной трубы». На боковых R-граммах в этих случаях можно увидеть расширение тени мягких тканей, лежащих кпереди от трахеи. При увеличении лимфатических узлов, в трахеобронхиальном углу, на прямых снимках определяется характерное выбухание головки корня лёгкого, часто достигающих больших размеров. На боковых снимках эта группа лимфоузлов проецируется перед трахеей в нижней её части и выявляется лучше на томограммах. Увеличение бифуркационных лимфатических узлов выявляется редко, диагностика облегчается в случаях их давления на бронхи. Определяемое томографически расширение угла бифуркации трахеи более 85-90 градусов является подозрением на увеличение бифуркационных узлов. В своей практике мне довелось увидеть только кальцинаты в этой группе узлов. В диагностике бронхоаденита большую роль играет трактовка парамедиастинальных теней. На увеличении вилочковой железы, её парусовидной формы, хочу привести собственное наблюдение: Ребёнок А. два года – направлен к фтизиопедиатру с диагнозом: Гиперергическая туберкулёзная проба. На рентгенограмме органов грудной клетки справа паратрахеально определяется тень с вогнутым наружным контуром, на боковом снимке локализация тени в переднем средостении. На срединных томограммах ширина трахеи, бронхов 1-2 порядков сохранены. С заключением: 1. Тимомегалия, парусовидная фор-

ма 2.Бронхоаденит средостения - ребёнок направлен на компьютерную томографию (КТ). Заключение КТ: Тимомегалия, парусовидная форма. Эта форма вилочковой железы встречается нечасто, чем округлая. Течение бронхоаденита отличается длительностью, а также склонностью к прогрессированию, запаздывает в своём обратном развитии, длительно сохраняет активность, так как в нём почти всегда содержится казеозный некроз. Клиническая симптоматология в раннем возрасте сопровождается температурной реакцией и симптомами нарушения общего состояния как слабость, потливость, потеря аппетита и первым диагнозом чаще является «грипп». Затем течение заболевания принимает бессимптомную форму, процесс в лимфатических узлах сохраняется и только после присоединения осложнений появляется кашель, одышка, затруднение дыхания. Всё это делает рентгенодиагностику туберкулёзного бронхоаденита практически единственным надёжным методом раннего выявления.

Осложнения - рентгенологическая картина:

Ввиду несовершенства бронхиального дерева у детей раннего возраста увеличенные лимфатические узлы нарушают проходимость бронхов, что приводит к обтурационной эмфиземе, гиповентиляции или ателектазу соответствующего участка лёгкого, в дальнейшем присоединению в этих участках вторичной инфекции. Собственное наблюдение: Ребёнок Б., поступил в детское отделение с диагнозом: Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов справа фаза инфильтрации, осложнённый ателектазом восьмого сегмента справа. На рентгенограмме: правый корень расширен, наружные контуры полицикличные, на боковом снимке вдоль бронхов увеличенные лимфатические узлы, на томограмме просвет промежуточного и нижнедолевого бронхов сужен, восьмой сегмент справа уменьшен в объёме, с вогнутыми контурами. Ребёнок прошёл полный курс лечения, выписан с выздоровлением. В последующем у ребёнка частые воспалительные процессы именно в восьмом сегменте справа неспецифического характера. Второе наблюдение: Ребёнок Б. 3 гола поступил детское отделение с диагнозом: Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов справа фаза инфильтрации, на рентгенограмме органов грудной клетки увеличение правого корня, наружные контуры полицикличные, на томограмме верхнедолевого и промежуточного бронхов сужен, в третьем сегменте снижение прозрачности. После завершения лечения все рентгенологические признаки исчезли. Другие осложнения, как прорыв казеозных масс в средостение с развитием медиастенита и холодных абсцессов, прорыв узлов в пищевод с развитием свища между пищеводом и бронхов в настоящее время не встречаются ввиду раннего выявления бронхоаденита.

Исход: уже в ходе лечения в поражённых лимфатических узлах начинают появляться мелкие участки начинающей кальцинации (на рентгенограмме органов грудной клетки это мелкие очаговые тени), которые со временем переходят в крупные кальцинаты или в группу кальцинатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рачинский С.В. Бронхолегочный туберкулез у детей раннего возраста. - М., 1970..

2. Рабухин А.Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых. М. 1963.

3. Шебанов Ф. В. Туберкулез // Учебник для студентов мед. институтов, 1969. С.335-357.