

Е.В. Вологжанина, А.Е. Любавина, Н.П. Канычева, М.И. Степнов, Л.Е. Мальцева

ГУЗОО Областная детская клиническая больница,

Омская государственная медицинская академия,

г. Омск

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ У РЕБЕНКА

Больной К., обратился в ОДКБ г. Омска впервые 25 октября 2000 г. в возрасте 14 лет для обследования. Ребенок — житель Казахстана, Карагандинской области, г. Сатпаева. Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился доношенным. Рос и развивался по возрасту, перенес редкие респираторные заболевания и ветряную оспу. Наследственность не отягощена. Вакцинация по календарю. БЦЖ в родильном доме, рубец 3 мм. Документальных данных о реакции Манту не представлено. Со слов мамы, ранее проведенные реакции Манту были отрицательные. Эпидемиологический анамнез по туберкулезу не отягощен.

В конце июля мать заметила увеличение размеров живота и изменение его формы («квадратный»), при этом мальчик жаловался на то, что ему неудобно завязывать кроссовки, мешал живот. 30 июля подъем температуры до 38,6°C.

31 июля госпитализирован в больницу г. Сатпаева, где осмотрен хирургом. Проведена рентгенография органов брюшной полости, по результатам которой поставлен диагноз: «Кишечная непроходимость». При УЗИ брюшной полости выявлен асцит. Наложена фистула и за трое суток из брюшной полости выведено 6 литров 600 мл асцитической жидкости. В выписке из ЦРБ г. Сатпаева указано, что жидкость была прозрачная, охарактеризована как отечная.

Поставлен диагноз: «Хронический гепатит, цирроз печени». Назначены гормоны, карсил, эссенциале, антибиотики и ребенка направили в НЦ педиатрии и детской хирургии г. Алма-аты, где проведено обследование. ОАК: Нб — 139 г/л, L — $11,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты 300×10^9 /л, формула: э — 3, с — 70, л — 25, м — 2, СОЭ — 6 мм/час.

ОАМ: удельный вес — 1023; Б — 0,066 г/л, L — 2-3 в поле зрения.

В биохимических исследованиях патологических изменений не выявлено.

ФГДС — эрозивный эзофагит, недостаточность кардии, очаговый антрум-гастрит.

УЗИ брюшной полости: гепатоспленомегалия, диффузные изменения в поджелудочной железе.

Томография органов брюшной полости, проведенная 18.07.2000 г. — патологии не найдено.

УЗИ абдоминальное от 29.07.2000 г. — признаков асцита нет.

Исследовано 7 показателей гепатита В, 8 показателей гепатита С, 2 показателя гепатита D. Все показатели отрицательные. Антитела общие к гепатиту Е и G также отрицательные.

В результате проведенных исследований выставлен диагноз: «Хронический гастродуоденит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь 2-3 ст. Эрозия луковицы 12-перстной кишки». Выписан домой с рекомендациями проведения квадротерапии.

После выписки у ребенка сохранялись слабость, потливость, с середины августа появилась субфебрильная температура тела.

С 23 августа у ребенка появились боли в грудной клетке. Проведена рентгенография органов грудной клетки и изменения на ней расценены как пневмония нижнедолевая справа, ограниченный экссудативный плеврит справа. 24.08.2000 г. — однократный подъем температуры до 38,6°C при отсутствии кашля. Проведена пункция правой плевральной полости, выведено 200 мл жидкости. Ребенку назначена антибактериальная терапия цефалоспорином I поколения + рифампицин. 27.08.2000 г. повторно проведено дренирование плевральной полости, удалено 1600 мл экссудата. Проводилась УВЧ-терапия. Температура нормализовалась после удаления дренажа. По окончании антибактериальной терапии выписан домой.

Дома сохранялись слабость, потливость, аппетит не страдал. 15.09.2000 года проведен повторный снимок ОГК, изменения описаны как затемнение нижней доли справа. На УЗИ органов брюшной полости в малом тазу выявлена жидкость в объеме 500 мл. По УЗИ плевральных полостей — жидкости нет, но в правой плевральной полости лоцируются гиперэхогенные включения. С результатами проведенных исследований и вышеуказанными жалобами мама обратилась в ОДКБ г. Омска.

При осмотре общее состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает. Катаральных явлений нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Кожа чистая. Слизистые розовые. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно над нижней долей правого легкого оп-

ределяется притупление, здесь же дыхание ослаблено, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. Живот обычной формы, окружность живота на уровне пупка 76 см, мягкий, безболезненный при пальпации, симптомы, определяющие наличие свободной жидкости, отрицательные. Учитывая проведенные исследования и анамнез заболевания, дифференциальный диагноз проводился между следующими нозологическими формами:

- диффузное заболевание соединительной ткани, протекающее с полисерозитом;
- туберкулезный плеврит;
- мезотелиома.

Проведено **обследование**: ОАК: гемоглобин — 164 г/л, СОЭ — 3 мм/час, лейкоциты — $5,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты — 60 % ($270,0 \times 10^9$ /л), ретикулоциты — 0,4 %, лейкоцитарная формула: эозинофилы — 1, палочки — 1, лимфоциты — 63, моноциты — 4. ОАМ без патологии. *Биохимическое исследование крови*: тимоловая проба — 0,8 ед, сулемовая — 1,92 мл, кадмиевая — отриц., общий билирубин — 10,2 мкмоль/л, АлАТ — 17,4 U/l, АсАТ — 18 U/l, мочевины — 5,4 ммоль/л. *Иммунотесты* не изменены.

ФГДС: пищевод свободно проходим. Слизистая остается ярко гиперемизированной, отечной. Зет-линия нивелирована. Кардия зияет. Умеренный порционный заброс желудочного содержимого в пищевод. Желудок обычных размеров, форма не изменена, стенки эластичные, складки невысокие, извитые, расправляются полностью. Слизистая умеренно гиперемизирована в антральном отделе. Привратник округлой формы, смыкается полностью, заброса нет. Луковица 12-перстной кишки округлой формы. Слизистая равномерно гиперемизирована. Большой дуоденальный сосочек не увеличен. **Заключение**: Катаральный эзофагит, эритематозный гастрит с поражением антрума. Проксимальный дуоденит поверхностный. Вены пищевода не изменены.

УЗИ абдоминальное и плевральных полостей от 25.10.2000 г.: печень обычных размеров, контур ровный, эхоструктура однородная. Внутривенные протоки, холедох, портальная и нижняя полая вены не расширены. Портальная вена 11 мм, селезеночная вена 6 мм. Желчный пузырь обычных размеров, стенка его не изменена, в полости — без особенностей. Поджелудочная железа обычных размеров. Селезенка увеличена, площадь — 55 см², эхоструктура однородная. Почки без особенностей. В проекции надпочечников объемных образований не определяется. Лимфоузлы не увеличены. В брюшной полости определяется жидкость во флангах и полости малого таза, примерно 700 мл. В плевральных полостях жидкости нет. **Заключение**: Спленомегалия. Асцит.

ЭКГ: ЭОС не отклонена, ритм синусовый с ЧСС 80-86 уд. в мин., нарушение процессов реполяризации.

Эхо-КГ: полости не увеличены, сократительная способность миокарда удовлетворительная. ФВ — 60 %. Патологические потоки при доплерографии

не получены. Клапанный аппарат интактен. Эхо-негативное пространство между листками перикарда не обнаружено.

КТ органов грудной и брюшной полости (проведено в июле в г. Алма-Аты): незначительное количество жидкости. Патологические изменения со стороны органов брюшной полости не определяются. В правом легком плевро-диафрагмальные спайки, утолщение листков плевры.

Бронхоскопия: просвет трахеи и бронхов свободен, слизистая не изменена. Патологических образований, инородных тел не обнаружено. **Заключение**: Эндоскопической патологии не выявлено.

Осмотр офтальмолога: патологии нет.

Плевральная пункция от 27.10.2000 г.: получено незначительное количество геморрагического экссудата. Исследование плевральной жидкости — препарат малоклеточный, клетки без дегенерации. Нейтрофилы — 36 %, лимфоциты — 64 %, сплошь эритроциты.

Бактериоскопия мокроты: БК не обнаружены.

Рентгенография ОГК от 15.09.2000 г. (проведена в г. Саптаев): Определяется затемнение нижнего легочного поля справа, латеральный синус и купол диафрагмы не дифференцируются. Легочный рисунок в нижнем легочном поле справа усилен. Утолщена междолевая плевра. Корни структурные. Тень средостения без особенностей.

26.10.2000 г. проведена повторная **рентгенография ОГК**: Сохраняется усиление легочного рисунка в проекции средней доли правого легкого, утолщена междолевая плевра по главной и добавочной щелям, утолщение неравномерное, с локальным утолщением в главной щели $1,5 \times 1,0$ см (осумкование?, объемное образование?). Паракостальные плевральные наложения, передний и латеральный синусы запаяны. Корни структурные. В правом корне — группа мелких кальцинированных лимфоузлов.

Проведена **реакция Манту** — 13 мм.

04.11.2000 года проведено контрольное **УЗИ брюшной полости**: Жидкость в полости малого таза и небольшое количество во флангах, примерно 975 мл.

Ребенок консультирован фтизиатром, но на данном этапе изменения в легких и брюшной полости только за счет туберкулезного процесса объяснить не удавалось.

С диагностической целью проведена **лапароскопия**: брюшина и сальник усеяны белесоватыми плотными бугорками в диаметре до 1 см. Между париетальным и висцеральным листками брюшины — множество эластичных спаек, которые дали возможность пройти аппаратам в полость малого таза и взять асцитическую жидкость на исследование.

Взята биопсия, **гистологическое исследование бугорка**: Микроскопически среди ориентированных соединительно-тканых волокон брюшины и жировой ткани сальника располагается множество гранул разной формы и размеров, сливающихся между собой. Гранулы состоят из эпителиоидных клеток, гигантских многоядерных клеток Лангханса, местами расслаивают волокна брюшины и как бы окру-

Рисунок 1
Гигантская многоядерная
клетка в гранулеме, г-э, х 400

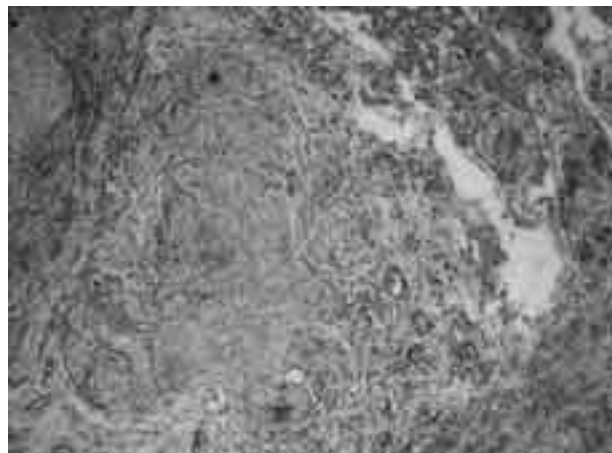


Рисунок 2
Множественные мелкие
эпителиоидноклеточные гранулемы, г-э, х 200

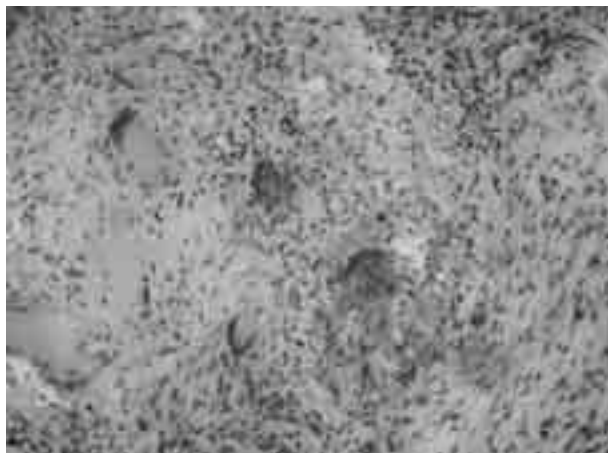
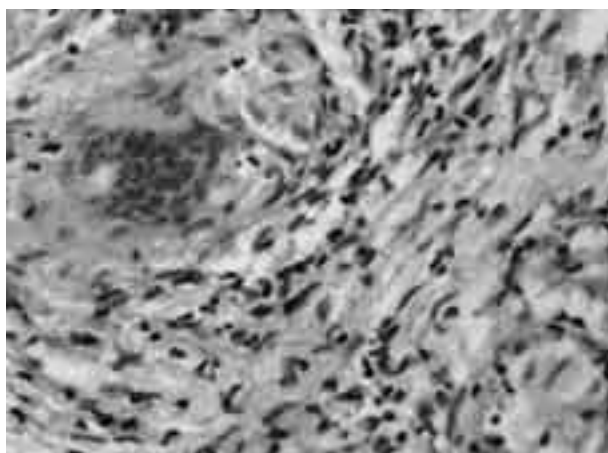


Рисунок 3
Множественные гигантские клетки
Пирогова-Лангханса в гранулемах, г-э, х 200



жены склерозированным поясом. Большинство гранул в центре подвергаются казеозному некрозу. Окраска по Цилю-Нильсену положительная. Гистологическая картина соответствует специфическому гранулематозному воспалению брюшины и сальника, по характеру тканевых реакций наиболее характерна для туберкулезного процесса.

Таким образом, учитывая наличие астенического синдрома и субфебрилитета, плеврита, асцита, отсутствие воспалительных изменений в общеклинических и биохимических анализах, положительную реакцию Манту, наличие морфологических маркеров туберкулезного воспаления, консилиумом врачей Областной детской клинической больницы г. Омска с участием сотрудников кафедры педиатрии № 1 и фтизиатрии ОГМА, выставлен **клинический диагноз:** Туберкулез сальника и серозных оболочек с поражением брюшины и плевры правой плевральной полости. **Сопутствующий диагноз:** Катаральный эзофагит. Хронический эритематозный гастрит с поражением антрума. Проксимальный дуоденит поверхностный.

Назначена терапия тремя противотуберкулезными препаратами: тубазид, пиразинамид, рифампицин в возрастной дозировке, иммуномодулирующая терапия и гепатопротекторы, на фоне которой через неделю количество жидкости в брюшной полости уменьшилось вдвое. При контроле через 3 месяца состояние, самочувствие ребенка удовлетворительное. Жалоб нет. Температура на нормальных цифрах. Сохраняется

некоторое ослабление дыхания над правым легким за счет плевральных наложений, которые сохраняются и на рентгенограмме. По остальным органам без особенностей. По данным УЗИ, жидкости в брюшной полости нет.

Специфическую противотуберкулезную терапию получал в течение 8 месяцев, затем в течение 2 лет проводились курсы противотуберкулезных препаратов. Снят с учета в 2005 году.

* * *