

МЕДПРОФ
атласы, книги для врачей

А.Л. ВЁРТКИН, Е.Г. СИЛИНА

ЛИМФАДЕНОПАТИЯ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

Врач высшей категории

Аркадий Вёрткин

**Лимфаденопатия. Руководство
для практических врачей**

«ЭКСМО»

2023

УДК 616
ББК 53.5

Вёрткин А. Л.

Лимфаденопатия. Руководство для практических врачей /
А. Л. Вёрткин — «Эксмо», 2023 — (Врач высшей категории)

ISBN 978-5-04-187209-0

Лимфаденопатия относится к числу наиболее частых клинических синдромов, требующих проведения дифференциального диагноза. Спектр заболеваний, сопровождающихся лимфаденопатией, обширен и находится в компетенции врачей самых разных специальностей. В большинстве случаев первичную диагностику проводит врач общей практики, который впоследствии маршрутизирует больного к профильному специалисту. Главным условием для своевременной постановки правильного диагноза является знание причин увеличения лимфатических узлов и четкий дифференциально-диагностический алгоритм. В данном руководстве мы попытались структурировать и изложить основные причины возникновения лимфаденопатии, особенности клинической картины заболеваний, сопровождающихся этим синдромом, необходимые методы исследования, имеющие высокое диагностическое значение, а также принципы лечения. Мы надеемся, что наша книга поможет терапевтам и врачам общей практики в повседневной работе с данной категорией пациентов. В формате PDF A4 сохранён издательский дизайн.

УДК 616
ББК 53.5

ISBN 978-5-04-187209-0

© Вёрткин А. Л., 2023

© Эксмо, 2023

Содержание

Введение	7
Рецензия	8
Ключевые слова и список сокращений	9
Вместо предисловия: пациент с лимфаденопатией на амбулаторном приеме у терапевта	11
Конец ознакомительного фрагмента.	19

Аркадий Вёрткин
Лимфаденопатия. Руководство
для практических врачей

© Вёрткин А.Л., Силина Е.Г., текст, 2023

© ООО «Издательство «Эксмо», 2023

Введение

Лимфаденопатия (ЛАП) – увеличение лимфатических узлов любой природы в одной или нескольких анатомических зонах. Это собирательное понятие, включающее в себя различные виды патологических изменений лимфатических узлов, которыми сопровождается большое количество заболеваний. Выявление лимфаденопатии у пациентов при первичном осмотре не требует дорогостоящей аппаратуры и дополнительных методов исследования. Этот синдром легко диагностируется, настораживает больного и в большинстве случаев заставляет обратиться к врачу.

Этиология и патогенез ЛАП зависят от заболевания, симптомом которого она является, что требует проведения дифференциальной диагностики. Так, по данным исследования, проведенного в ФГБУ «НМИЦ гематологии», на неопухолевые ЛАП приходится 30 % первичных обращений к гематологу. Основная проблема диагностики часто заключается в сходстве клинической картины опухолевых и неопухолевых ЛАП. По результатам исследования 1000 больных с неопухолевыми ЛАП нозологический диагноз был установлен лишь в 50 % случаев, при этом частота выполнения биопсий у этой категории больных составила 46 %, и лишь у трети пациентов она имела решающее значение в постановке диагноза. В остальных случаях морфологическое исследование позволяло констатировать отсутствие опухоли, но не приводило к уточнению диагноза.

Нередко разграничить лимфатическую опухоль и реактивный процесс также не удается, особенно это касается диагностически трудных случаев, пограничных состояний и атипично протекающих лимфопролиферативных процессов. Таким образом, появление лимфаденопатии у неинфекционных больных может быть признаком серьезных заболеваний, диагноз которых устанавливается только со временем. К сожалению, помощь к таким пациентам иногда приходит слишком поздно.

Все это свидетельствует о том, что терапевту и врачу общей практики крайне важно хорошо ориентироваться в причинах возникновения лимфаденопатии и уметь определить правильную тактику ведения пациентов с этим синдромом. Кроме того, для постановки диагноза важно тесное сотрудничество разных специалистов.

Именно поэтому мы надеемся, что наше руководство послужит наглядным пособием для амбулаторных врачей, поможет улучшить диагностику и своевременно начать лечение заболеваний, сопровождаемых синдромом лимфаденопатии.

Авторы приносят благодарность всем врачам ГKB им. С. И. Спасокукоцкого ДЗ Москвы и сотрудникам кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова за неоценимую помощь в подготовке данной книги.

Рецензия

Данное руководство посвящено лимфаденопатии, которая представляет собой синдром, проявляющийся увеличением лимфатических узлов. Он не является самостоятельным заболеванием, а сопровождает широкий спектр самых разнообразных болезней. Нередко этот синдром говорит о наличии серьезного заболевания, угрожающего здоровью, а иногда и жизни пациента, поэтому проблема дифференциального диагноза имеет большое значение для врачей самых разных специальностей: терапевтов, гематологов, онкологов, педиатров, хирургов, инфекционистов и других.

Однако традиционно именно врачам амбулаторных служб приходится первыми встречаться с этими больными и ставить предварительный диагноз, поэтому быстрая и качественная диагностика основного заболевания, сопровождающегося синдромом лимфаденопатии, может обеспечить грамотную маршрутизацию пациента к смежным специалистам (инфекционисту, гематологу и онкологу). В ряде случаев такие больные нуждаются в оказании специализированной помощи, поэтому все диагностические мероприятия должны быть выполнены в кратчайшие сроки, так как своевременно начатая терапия улучшает качество жизни пациента, прогноз, а иногда может пролонгировать жизнь.

Представленная вашему вниманию книга является результатом совместного труда сотрудников кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова под руководством профессора А. Л. Верткина. Как и в других книгах данной серии, посвященным социально значимым болезням, с которыми пациенты часто обращаются в поликлинику, в настоящем руководстве систематизированы знания о различных причинах возникновения лимфаденопатии, сопутствующих ей симптомах и синдромах при различных заболеваниях и патологических состояниях, акцентировано внимание на деталях осмотра, изложены показания к проведению диагностических процедур, помогающих постановке диагноза.

Мы надеемся, что эта книга займет достойное место среди руководств для непрерывного медицинского образования врачей как первичного звена, так и стационаров, а также студентов, ординаторов, аспирантов и преподавателей медицинских учебных заведений.

Академик РАН И. В. Маев

Ключевые слова и список сокращений

АД – артериальное давление
АДА – аденозиндезаминаза
АЛТ – аланинаминотрансфераза
АПФ – ангиотензин-превращающий фермент
АСТ – аспартатаминотрансфераза
АТР – аллерген туберкулезный рекомбинантный
БГСА – бета-гемолитический стрептококк группы А
БИК – ближний инфракрасный (свет)
БК – бацилла Коха
БКЦ – болезнь кошачьей царапины
БОМЖ – без определенного места жительства
БРИТ – блок реанимации и интенсивной терапии
ВГЛУ – внутригрудные лимфоузлы
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВПГ – вирус простого герпеса
ВЭБ – вирус Эпштейна-Барр
ГКС – глюкокортикостероиды
ДЗ – Департамент здравоохранения
ДН – дыхательная недостаточность
ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота
ЖПС – жидкие питательные среды
ИГХ – иммуногистохимическое исследование
ИФА – иммуноферментный анализ
ККР – кранио-каудальный размер
КТ – компьютерная томография
КФК – креатинфосфокиназа
КУМ – кислотоустойчивые микобактерии
ЛАП – лимфаденопатия
ЛБГЛ – лейкоз из больших гранулярных лимфоцитов
ЛДГ – лактатдегидрогеназа
ЛЖ – левый желудочек
ЛС – лимфатическая система
ЛУ – лимфатический узел
ЛХ – лимфома Ходжкина
МБТ – микобактерия туберкулеза
МКБ – Международная классификация болезней
МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография
МРТ – магнитно-резонансная томография
НПВС – нестероидные противовоспалительные средства
НХЛ – неходжкинская лимфома
ОГП – органы грудной полости
ОИМ – острый инфаркт миокарда
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ОТФ – острый тонзиллофарингит
ПГЛ – персистирующая генерализованная лимфаденопатия
ПТД – противотуберкулезный диспансер

ПТП – противотуберкулезный препарат
ПЦР – полимеразная цепная реакция
ПЭТ/КТ – позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией
РКИ – рандомизированное контролируемое исследование
РА – ревматоидный артрит
РСЦ – Региональный сосудистый центр
РФ – Российская Федерация
СД – сахарный диабет
СКВ – системная красная волчанка
СЛУ – сигнальные лимфатические узлы
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
СРБ – С-реактивный белок
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита
ТАБ – тонкоигольная аспирационная биопсия
ТВС – туберкулез
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФВ – фракция выброса
ФГ – флюорография
ХБП – хроническая болезнь почек
ЦНС – центральная нервная система
ЦМВ – цитомегаловирус
ЦМВИ – цитомегаловирусная инфекция
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия
CMV – цитомегаловирус
ЕА – ранний антиген
EBNA – ядерный антиген
FAS – шкала оценки усталости (Fatigue Assessment Scale)
HBV – вирус гепатита В
HCV – вирус гепатита С
HHV – герпес вирус человека
HSV – вирус простого герпеса 1, 2-го типов
Ig – иммуноглобулин
MCV – средний объем эритроцитов
mMRC – шкала выраженности одышки (modified Medical Research Council)
SpO₂ – сатурация кислородом артериальной крови
VCA – вирусный капсидный антиген

Вместо предисловия: пациент с лимфаденопатией на амбулаторном приеме у терапевта

Больной Р, 27 лет, 31.05.2022 г. поступил в многопрофильный стационар г. Москвы по каналу СМП с жалобами на повышение температуры тела до 37,5 °С, малопродуктивный кашель, одышку при небольшой физической нагрузке, выраженную слабость.

Anamnesis morbi: Настоящее ухудшение в течение месяца, когда отметил появление субфебрильной температуры, постепенное нарастание одышки и прогрессирование слабости. В последнее время резко сократилась производительность труда: не мог выполнять свою привычную работу в полном объеме. С 24.05.2022 г. – стойкое повышение температуры тела до 38,5 °С, нарастание одышки. К врачам не обращался. При повышении температуры тела самостоятельно принимал парацетамол 500 мг с кратковременным эффектом. Накануне госпитализации обратился в поликлинику. Амбулаторно была выполнена флюорография (ФГ) легких, дано заключение: рентгенологическая картина может соответствовать пневмонии, в том числе вирусной, в том числе COVID. Выпот в правой плевральной полости. Бригадой СМП доставлен в приемное отделение многопрофильного стационара с подозрением на коронавирусную инфекцию.

Anamnesis vitae: Работает дизайнером. Проживает в Москве в отдельной квартире. Туберкулез отрицает, контактов с больными туберкулезом в семье нет. Предыдущая ФГ – около двух лет назад, патологии выявлено не было. В течение многих лет – хронический средний отит слева. Перенесенные операции: тимпаноластика 2013 г. Вредных привычек в настоящее время нет. Бывший курильщик (не курит последние 4 года, до этого курил в течение 10 лет по 20 сигарет в сутки). Вакцинировался от COVID-19 6 месяцев назад.

Состояние при поступлении средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы умеренной бледности. Пониженного питания. Отеки отсутствуют. Температура тела 38,0 °С. При осмотре выявлено увеличение подмышечных и паховых лимфоузлов, безболезненных при пальпации, не спаянных между собой и с окружающими тканями. Паховые лимфоузлы крупнее, с максимальным размером 3 × 1 см, кожа над ними не изменена. При прицельном опросе выяснено, что увеличение лимфоузлов появилось месяц назад, в дебюте заболевания, но пациента это не беспокоило, к врачам не обращался. ЧДД 20/мин. Ритм дыхания регулярный. SpO₂ – 98 % на атмосферном воздухе. При осмотре обращало на себя внимание отставание при дыхании правой половины грудной клетки. При перкуссии справа – притупление перкуторного звука ниже угла лопатки. АД 125/88 мм рт. ст.; ЧСС: 98 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено, безболезненное.

ЭКГ: Синусовая тахикардия с ЧСС 119. S до V₆.

Клинический диагноз при поступлении:

Основной: U07.1 Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов). Антиген на COVID-19 положительный от 31.05.2022 г., среднетяжелое течение.

Осложнение: J12.9 Двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония? ДН – 1.

Сопутствующие заболевания: H65.9 Хронический средний отит слева.

При обследовании

Анализ крови от 31.05.22: гемоглобин – 127 г/л, лейкоциты – 6×10^9 /л, тромбоциты – 251×10^9 /л, обращало на себя внимание повышение СРБ до 21,6 мг/л, остальные показатели в норме.



Рис. 1. КТ органов грудной полости (ОГП) от 31.05.2022 г.

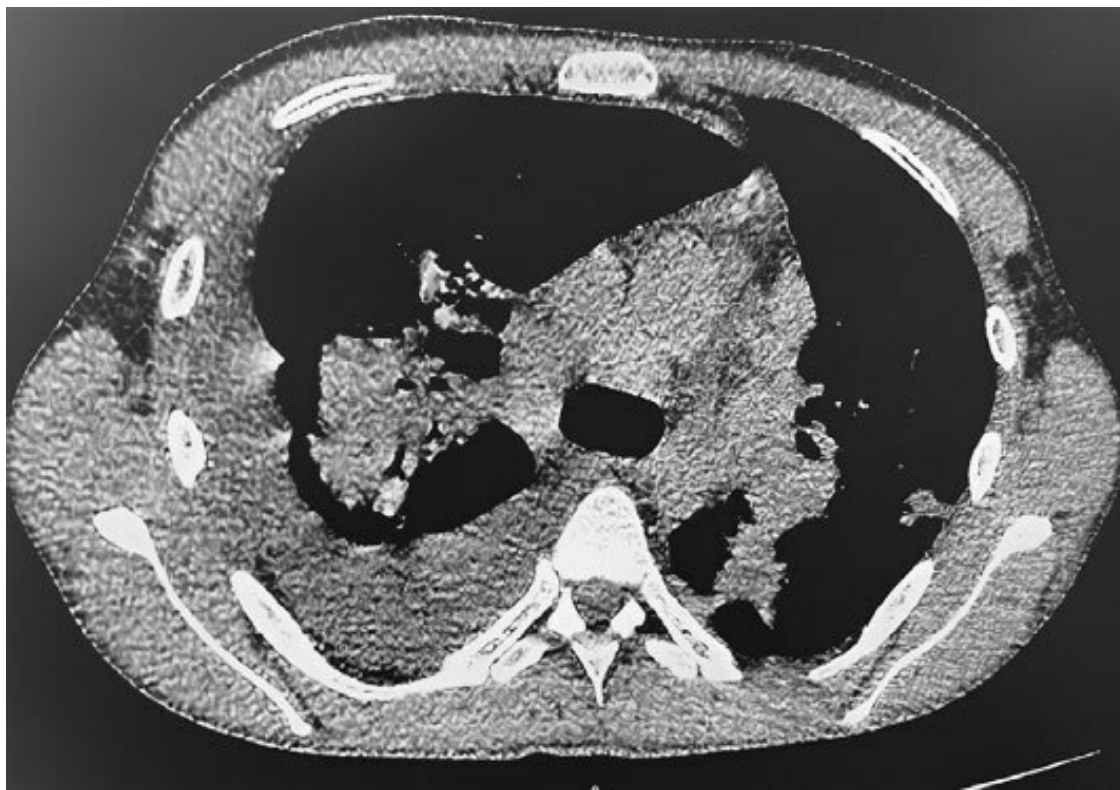


Рис. 2. КТ ОГП с внутривенным болюсным контрастированием от 01.06.2022 г.

Инструментальные исследования:

КТ органов грудной полости (ОГП) от 31.05.2022 г.: Трахея и крупные бронхи прослеживаются на всем протяжении, не изменены. Определяются двусторонние массивные инфильтраты в паренхиме обоих легких. Полость деструкции в S9 левого легкого диаметром до 4 мм. Сердце в размерах не увеличено, ширина магистральных сосудов в пределах нормальных значений. Определяются множественные увеличенные лимфатические узлы **средостения: паратрахеальные** до 17 мм, **аортальные** до 14 мм, **бифуркационные** сливаются в конгломерат до 60 × 32 мм.

Заключение: Двусторонние массивные инфильтраты в паренхиме обоих легких. Бронхиолит. Правосторонний плевральный выпот (1600–1800 мл). Смещение средостения влево. Лимфаденопатия средостения, увеличение аксиллярных, субпекторальных ЛУ. КТ-картину следует дифференцировать между двусторонней полисегментарной пневмонией, интерстициальным заболеванием легких и системным заболеванием.

31.05.2022 г. выполнено **УЗИ плевральных полостей:** в правой плевральной полости определяется значительное количество жидкости с ориентировочным **объемом около 1600 мл**, расхождение листков плевры до 75 мм. В левой плевральной полости жидкость не определяется.

01.06.22 г. проведена **пункция правой плевральной полости**, эвакуировано 1200 мл жидкости соломенного цвета.

01.06.2022 г. КТ ОГП с внутривенным болюсным контрастированием (контроль после пункции): по сравнению с результатами предыдущего КТ-исследования уменьшилось количество жидкости в правой плевральной полости (около 1300 мл). Корни легких расширены из-за **множественных увеличенных лимфоузлов** в них. Полисегментарно

в паренхиме обоих легких сохраняются множественные массивные перибронхиальные участки консолидации с воздушной бронхографией. Визуализируются полости в S3 левого легкого – до 9 мм, в S9 – до 4 мм.

Заключение: уменьшилось количество жидкости в правой плевральной полости. Сохраняются признаки бронхолита и перибронхиальной инфильтрации, мелкие полости в левом легком (буллы?). Распространенная лимфаденопатия может быть проявлением **саркоидоза** или **лимфопролиферативного процесса**.

Для уточнения диагноза **01.06.2022 г.** была выполнена **бронхоскопия**. В процессе исследования выявлено умеренное сужение устьев бронхов в области верхней доли правого легкого, слизистая там рыхлая, отечная, воспалительно-инфильтрированная. Из верхней доли правого легкого взяты промывные воды на цитологическое исследование, БАЛ, КУМ, также из вышеописанной области выполнена браш-биопсия. В просвете бронхов с обеих сторон незначительное количество слизистого содержимого. Аспирация содержимого.

Заключение: **Эндоскопические признаки правостороннего верхнедолевого очагового катарального эндобронхита 1 ст.** Бронхоальвеолярный лаваж, цитологическое исследование, КУМ, брашбиопсия.

По результатам цитологического исследования: гиперплазия мезотелия, часть клеток с реактивными изменениями, выраженная лимфоидная инфильтрация. Клетки с признаками атипии и микобактерии не обнаружены.

Клинический анализ плеврального пунктата от 01.06.2022 г.:

Мутная, желтая выпотная жидкость, 10–15 эритроцитов в п/зрения, 100 лейкоцитов.

В мокроте **микобактерии не обнаружены**.

Посев на микрофлору с определением чувствительности к антибактериальным препаратам от 03.06.2022 г.: роста микроорганизмов не обнаружено.

Таким образом, у больного выявлены следующие **клинические синдромы:**

- **длительный субфебрилитет;**
- **правосторонний плевральный выпот;**
- **генерализованная лимфаденопатия** (поражение аксиллярных, субпекторальных, медиастинальных, забрюшинных, паховых и других групп лимфатических узлов);
- **поражение легких;**
- **похудение.**

03.06.2022 г. для уточнения диагноза выполнена **эксцизионная биопсия пахового лимфоузла справа**.

На фоне проводимой противовирусной, противовоспалительной и антибактериальной терапии состояние и самочувствие пациента улучшились: уменьшилась одышка, кашель, однако сохранялся низкий субфебрилитет.

На 6-е сутки выписан под наблюдение терапевта по месту жительства.

Диагноз при выписке:

Основной: U07.1 Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (антиген на COVID-19 положительный от 31.05.2022 г.), среднетяжелое течение.

Осложнение: J94.9 Правосторонний субтотальный плеврит, состояние после пункции плевральной полости справа 01.06.2022 г. Лимфаденопатия средостения. Лимфаденопатия паховых лимфоузлов. Эксцизионная биопсия пахового лимфоузла справа от 03.06.2022 г.

Сопутствующий: H65.9 Хронический средний отит слева. Хроническая левосторонняя кондуктивная тугоухость.

Пациенту даны рекомендации продолжить обследование в амбулаторных условиях после получения результатов биопсии лимфатического узла.

07.06.2022 г. получен результат **морфологического исследования:** в материале определяется ткань лимфатического узла, практически полностью замещенная **эпителиоидно-клеточными гранулемами** с четкими контурами, разделенными тонкими соединительнотканными прослойками с наличием в них гигантских многоядерных клеток. **Некрозы в гранулемах отсутствуют.** В гранулемах определяются также включения концентрических обызвествлений.

Заключение: Гистологическая картина **гранулематозного лимфаденита.** Клиническую дифференциальную диагностику следует проводить между **туберкулезом и саркоидозом.**

Таким образом, несмотря на все усилия врачей на этапе стационарного лечения разобраться в этой сложной клинической ситуации не удалось, диагноз установлен не был. Причина генерализованной лимфаденопатии, выпота в правой плевральной полости большого объема не ясна. Было рекомендовано проводить дифференциальную диагностику между туберкулезом, саркоидозом и лимфопролиферативным заболеванием. Эту задачу предстояло решить врачам поликлиники.

*Учитывая подозрение на туберкулез (по результатам биопсии лимфатического узла), жалобы на нарастающую одышку, непродуктивный кашель, сохраняющийся низкий субфебрилитет, 17.06.2022 г. пациент был направлен на обследование в ПТД. Госпитализирован в туберкулезное хирургическое отделение с **предположительным диагнозом:***

Инфильтративный туберкулез легких МБТ (-). Туберкулез ВГЛУ. Правосторонний экссудативный плеврит туберкулезной этиологии. Лимфопролиферативное заболевание?

В день поступления выполнена **КТ ОГК:** при сравнении с исследованием от 01.06.2022 г. отмечается **отрицательная динамика.** Полисегментарно в обоих легких на фоне уплотненного междолькового интерстиция определяются разновеликие участки консолидации с воздушной бронхографией (массивные в прикорневой зоне правого легкого), в том числе с перибронхиальной консолидацией и лучеобразными мелкими тяжами в окружающую паренхиму, распространяющиеся по ходу бронхососудистых пучков, а также множественные диффузные перибронхиальные мелкие очаги (более выраженные в левом легком). Визуализируются множественные **ВГЛУ всех групп**, максимальным размером до 16 мм и аксиллярные (подмышечные): слева до 13 мм, справа до 10 мм. Выпот в правой плевральной полости с толщиной слоя 85 мм. Листки плевры тонкие, ровные.

Сердце **смещено влево**. Магистральные сосуды обычного калибра. Очагов патологической плотности в костях не выявлено. Отсутствие КТ-признаков вирусной пневмонии.

Заключение: КТ-картину очагово-инфильтративных изменений в легких и внутригрудной лимфаденопатии необходимо дифференцировать **между саркоидозом, лимфопролиферативным и туберкулезным процессами**. Правосторонний большой выпот с отрицательной динамикой от 01.06.2022 г.

Выполнено **УЗИ плевральных полостей:** в правой плевральной полости на высоте ниже угла лопатки выявлена жидкость с большим содержанием фибрина, расхождение листков плевры до 130 мм. Заключение: плеврит справа.

21.06.2022 г. проведена **операция видеоторакоскопии справа, санация правой плевральной полости, частичная плеврэктомия**, в ходе которой эвакуировано **2500 мл** прозрачного экссудата. При осмотре выявлены мелкие бугорковые высыпания белесоватого цвета по всей поверхности париетальной и висцеральной плевры, диафрагмы и перикарда. Учитывая тотальное поражение плевры, с целью морфологической верификации процесса была выполнена частичная плеврэктомия. Анализы на МБТ, ПЦР, общий и цитологию.

21.06.2022 г. – трахеобронхоскопия. При проведении исследования на слизистой бронхов выявлено наличие **мелких бугристых высыпаний, сосудистый рисунок смазан**. Патологического секрета нет. Смыв на МБТ, ПЦР, АК, НФ, грибы. Взята щипцовая биопсия 3 куса, мазок-отпечаток 2 стекла.

Дано заключение: **Туберкулез бронхов инфильтративный?** (окончательное суждение о диагнозе по данным морфологии).

Получен результат посева плеврального экссудата от 22.06.2022 г. – **рост МБТ не обнаружен.**

27.06.2022 г. – КТ ОГП (контроль после эвакуации жидкости от 21.06.2022 г.): выявлен правосторонний следовой выпот, сохраняющиеся признаки лимфаденопатии внутригрудных и аксиллярных лимфоузлов, отсутствие признаков вирусной пневмонии.

В заключении вновь предложен **дифференциально-диагностический ряд:** КТ-картину очагово-инфильтративных изменений в легких с учетом периферической и внутригрудной лимфаденопатии необходимо дифференцировать **между саркоидозом, лимфопролиферативным заболеванием и туберкулезным процессом.**

27.06.2022 г. впервые за время обследования выполнена **КТ органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием**, где выявлена **гепатомегалия, спленомегалия**, а также **множественная лимфаденопатия** с поражением парааортальных, подвздошных, параовальных, ворот печени, околобрызечных, параэзофагеальных (до 12,5 мм), мезентериальных (до 9 мм) и паховых (до 15 мм) лимфоузлов однородной структуры.

КТ ОГП от 12.07.2022 г.: при сравнении с исследованием от 27.06.2022 г. жидкость в правой плевральной полости уменьшилась, сохраняется лишь следовой выпот. КТ-признаки

конгломератной лимфаденопатии внутригрудных и аксиллярных лимфоузлов, инфильтративно-очаговых изменений в легких.

Диагноз по-прежнему неясен. **Необходимо дифференцировать между саркоидозом, лимфопролиферативным и туберкулезным процессами.**

13.07.2022 г. заключение консилиума: на основании клинко-рентгенологических проявлений и обнаруженного гистологом эпителиоидно-клеточного гранулематозного воспаления без казеоза установлен предварительный диагноз: **саркоидоз органов дыхания**, особенностью которого является дебют по типу экссудативного плеврита.

15.07.2022 г. выписан под наблюдение врача поликлиники с рекомендацией проведения терапии ГКС в стартовой дозе: метипред 24 мг/сутки или преднизолон в дозе 30 мг/сутки в течение 60 дней.

Клинический диагноз при выписке

Основное заболевание: D86.8 Генерализованный саркоидоз с поражением внутригрудных лимфатических узлов и легких, плевры, печени, селезенки, внутрибрюшных и периферических лимфатических узлов.

Осложнение основного заболевания: R09.1 Правосторонний экссудативный плеврит. ДН-О. Видеоторакоскопия справа, санация правой плевральной полости, частичная плеврэктомия от 21.06.2022 г.

Сопутствующие заболевания: Цервикальная дорсопатия. Вестибулопатия смешанного генеза. Хронический левосторонний гнойный средний отит, состояние после тимпаноластики, вне обострения. Кондуктивная потеря слуха односторонняя с нормальным слухом на противоположном ухе. Хроническая левосторонняя кондуктивная тугоухость. Миопия.

Лабораторные исследования после выписки из стационара:

Ан. мокроты 18.07.2022 г. КУМ (-) методом ПЦР

19.07.2022 г. – ДНК МБТ (-)

Ан. мокроты 20.07.2022 г. – **КУМ (+) методом ПЦР**

Посев мокроты на ЖПС от 20.07.2022 г. – рост КУМ не обнаружен.

Повторная консультация **фтизиатра:** Учитывая развитие нехарактерного для саркоидоза плеврита с однократным обнаружением ДНК МБТ в экссудате, рекомендовано проведение ГКС-терапии на фоне 4 противотуберкулезных препаратов (левофлоксацин 0,5, этамбутол 1,2, рифампицин 0,45, феназид 0,5) в качестве прикрытия. По результатам гистологического исследования биоптата плевры **предположение о туберкулезе отвергнуто.**

На амбулаторном этапе 18.07.2022 г. выполнена **спирометрия:** показатели жизненной емкости легких умеренно снижены, а показатели вентиляционной способности легких снижены значительно. Функция легких нарушена по обструктивному, возможно, рестриктивно-обструктивному типу.

КТ ОГП от 30.08.2022 г. (контроль проводимой терапии): сохраняются признаки конгломератной лимфаденопатии внутригрудных и аксиллярных лимфоузлов, инфильтративно-очаговые изменения в легких, но в сравнении с КТ от 12.07.2022 г. **умеренная положительная динамика** в виде рассасывания части инфильтрации, нарастания фиброзных изменений, дальнейшее уменьшение жидкости в правой

плевральной полости и перифокальной инфильтрации в S 2,6 правого легкого. Во всех участках консолидации более четко прослеживаются просветы расширенных деформированных бронхов. Сокращаются размеры лимфоузлов паратрахеальной, бифуркационной группы до 22 мм, нижних параэзофагальных, бронхопульмональных и аксиллярных.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.