


МЕДПРОФ
атласы, книги для врачей



А.Л. ВЁРТКИН, Е.Г. СИЛИНА

ЛИМФАДЕНОПАТИЯ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

Аркадий Львович Вёрткин
Елена Геннадиевна Силина
Лимфаденопатия. Руководство
для практических врачей
Серия «Врач высшей категории»

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=69244648

Лимфаденопатия. Руководство для практических врачей: Эксмо;

Москва; 2023

ISBN 978-5-04-187209-0

Аннотация

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.

Содержание

Введение	6
Рецензия	9
Ключевые слова и список сокращений	11
Вместо предисловия: пациент с лимфаденопатией на амбулаторном приеме у терапевта	15
Конец ознакомительного фрагмента.	31

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,стораживает 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

дование позволяло констатировать отсутствие опухоли, но не приводило к уточнению диагноза.

Нередко разграничить лимфатическую опухоль и реактивный процесс также не удастся, 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 ГКБ 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, поможет 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 ре-

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 – аспаргатаминотрансфераза

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

ЕВНА – 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: тимпанопластика 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.

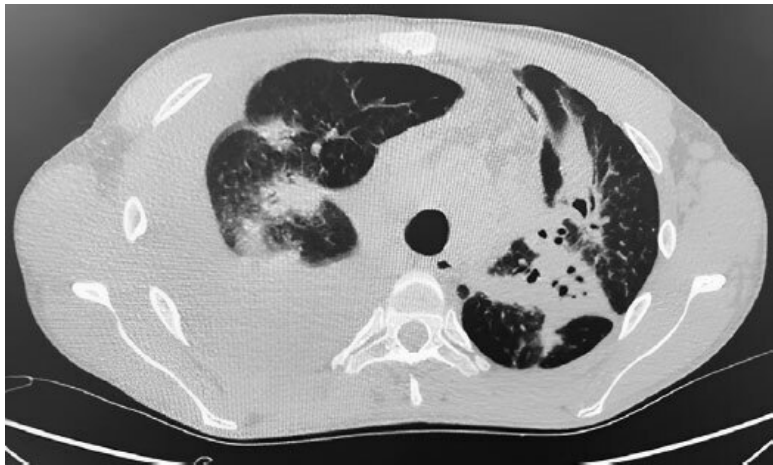


Рис. 1. КТ органов грудной полости (ОГП)
от 31.05.2022 г.

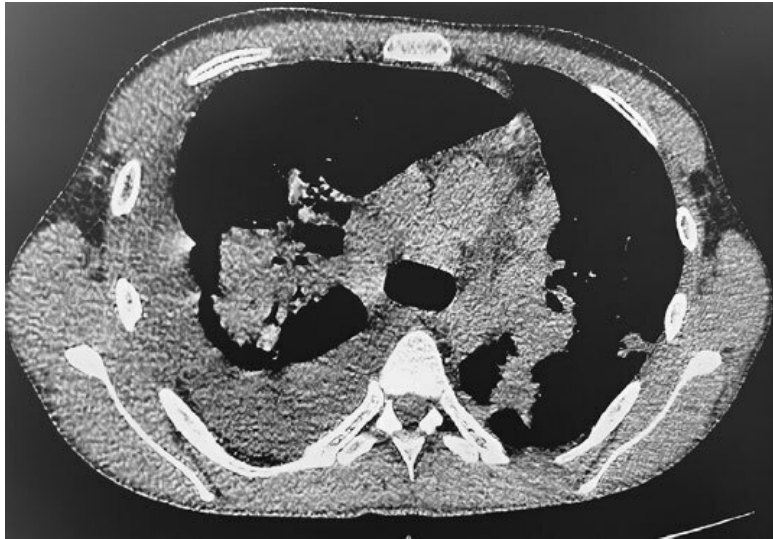


Рис. 2. КТ ОГП с внутривенным болюсным контрастированием от 01.06.2022 г.

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 бронхиолита 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 ту-беркулезным 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, паракопальных, ворот печени, околопеченочных, 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 клинико-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 смешан-ного 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.