

ряде случаев при этом диагноз пневмонии не подтверждается. В наших наблюдениях диагноз пневмонии рентгенологически не был подтвержден в 18,3%. Возможно, это связано с тем, что дети поступали в клинику из районов республики после активного лечения.

Таким образом, неблагоприятный фон, предшествующий заболеванию детей раннего возраста пневмонией (погрешности в питании, отсутствие должного режима с последующим развитием таких заболеваний, как гипотрофия, рахит, анемия, экссудативно-аллергический диатез), содействует развитию болезни и более тяжелому его течению. Поэтому у детей раннего возраста, больных пневмонией, одновременно с лечением основного процесса важно выявить сопутствующие заболевания и включить в комплекс лечебных мероприятий средства, направленные на их ликвидацию. Это во многом определит благополучный исход болезни. В то же время улучшение качества медицинского обслуживания детей раннего возраста, борьба за рациональное вскармливание, профилактика рахита, анемических состояний будут способствовать оздоровлению детей раннего возраста и предупреждению тяжелого страдания, каким является пневмония на первом и втором годах жизни.

Поступила 25 марта 1981 г.

МДК 616.24—002.5+616.24—006.03—079.4

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛОМ И ГАМАРТОМ ЛЕГКИХ

В. С. Анастасьев

*Кафедра фтизиатрии (зав. — проф. Г. А. Смирнов) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

Реферат. На основании наблюдений за 400 больными с туберкуломами и 26 с гамартомами легких определены некоторые дифференциально-диагностические признаки, характерные для этих заболеваний. Ведущая роль в их распознавании принадлежит рентгенологическому обследованию. У лиц молодого возраста известное значение имеет туберкулинодиагностика.

Ключевые слова: легкие, туберкулез, гамартома, дифференциальная диагностика.

2 иллюстрации. Библиография: 7 названий.

У впервые выявленных больных туберкулезом легких туберкуломы встречаются в 3—5% [3, 4]. В то же время от 4 до 10% всех округлых образований легких являются доброкачественными опухолями, среди которых большинство (до 80%) составляют гамартумы [1, 4]. Необходимость дифференциальной диагностики этих заболеваний диктуется различной тактикой лечения. Туберкуломы подлежат длительной противотуберкулезной терапии, а в части случаев и оперативному лечению; при гамартомах же, по мнению многих авторов, хирургическое лечение не обязательно, так как они многие годы могут оставаться стабильными или растут очень медленно, а вероятность их малигнизации считается не доказанной.

Рентгенологически установить диагноз гамартумы можно при наличии характерного обызвествления после исключения туберкуломы, так как петрификаты закономерно встречаются в основном при этих патологических процессах. При гамартомах без включений с учетом рентгенологических данных, периодичности предварительных флюорографических обследований, темпов роста и др. возможен лишь предположительный диагноз доброкачественной опухоли без уверенности в ее морфологической характеристике (в 20% встречаются аденомы, фибромы, миомы, ангиомы и др.).

Основным в дифференциальной диагностике туберкулом и гамартом является рентгенологический метод, так как оба заболевания, как правило, протекают без клинических проявлений и обнаруживаются обычно при массовых флюорографических обследованиях (туберкуломы, образовавшиеся во время диспансерного наблюдения из очагового туберкулеза или при обратном развитии туберкулезной каверны или инфильтрата, во внимание не принимаются, так как при этом не возникает трудностей в дифференциальной диагностике). Рентгенограммы и томограммы следует проводить в прямой и боковой проекциях, потому что очень важно определение не только локализации, но и формы тени, которая для диагностики некоторых округлых образований (например, ретенционных кист) имеет первостепенное значение. При небольших раз-

мерах (а большинство туберкулом и гамартом при выявлении не превышает в диаметре 3 см) шаг томографа не должен превышать 1 см, ибо только по оптимальным срезам можно получить правильное представление о четкости контуров, о наличии и характере обызвествленных включений, изменениях в окружающей легочной ткани и т. д.

Рентгенологическая характеристика туберкулом и гамартом часто бывает очень сходной: преимущественно малые и средние размеры, четкость и ровность контуров, возможность обызвествленных включений. Мы наблюдали более 400 больных с туберкуломами и 26 — с гамартомами легких. Всем проводили детальное клинико-рентгенологическое обследование. Различия между группами по возрастному и половому составу были не существенными.

Гамартомы наиболее часто располагаются в базальном отделе верхней доли (переднем и аксилярном сегментах), в сегментах базальной пирамиды и в средней доле. В этих отделах легких лишь изредка локализуются туберкуломы, развившиеся из очага Гона. Большинство туберкулом относятся к вторичному туберкулезу, 92—96% туберкулом располагаются в типичном для начальных форм вторичного туберкулеза месте — в апико-дорсальной зоне и особенно часто в 1—2-м сегментах, в которых гамартом мы не наблюдали ни в одном случае. Туберкуломы в 90% выявляются в периферических отделах легкого [6], а гамартомы — в любой зоне, в том числе в срединной и прикорневой. Таким образом, при локализации округлого образования в передних или базальных сегментах, так же как в срединной или прикорневой зонах, вероятность туберкуломы очень небольшая, и дифференциальную диагностику следует проводить прежде всего между доброкачественной опухолью, периферическим раком и ретенционной кистой.

Отличительной чертой гамартом среди прочих доброкачественных опухолей легких является возможность обызвествленных включений, которые встречаются в них примерно так же часто, как и в туберкуломах — в 15—50% [7]. Среди других шаровидных образований легких включения могут быть в основном при паразитарных заболеваниях — эхинококкозе, цистицеркозе, альвеококкозе. Для периферического рака легкого включения известны не характерны, однако в части случаев он может развиваться на фоне петрификатов первичного периода туберкулеза и вовлекать их в зону роста. Обызвествленные туберкулезные очаги внутри периферической бронхокарциномы мы констатировали у 4 больных (более чем на 100 наблюдений), в том числе в одном случае они располагались в центре опухоли.

При дифференциальной диагностике туберкулом и гамартом следует учитывать характер обызвествления. Для гамартом более типично конгломеративно-глыбчатое, кораллоподобное обызвествление в центре, а для туберкулом — единичные, одиночные, хаотическое и реже скорлуповидное обызвествления. Включения петрификатов в туберкуломе могут быть 2 типов: 1) обызвествление, чаще хаотическое или периферическое скорлуповидное, образующееся в результате длительного стабильного состояния процесса и обычно являющееся признаком клинического излечения; 2) одиночные или единичные петрификаты, на фоне которых сформировалась свежая туберкулома. При втором варианте, особенно при локализации процесса в 1—2-м сегментах, обызвествленные очаги нередко выявляются и в окружающей легочной ткани, чего, как правило, не бывает при гамартомах. Только в одном случае мы наблюдали гамартomu, развившуюся в 9-м сегменте левого легкого на фоне обызвествленных очагов бронхогенного обсеменения при клинически излеченном туберкулезе легких.

Значительные трудности в дифференциальной диагностике могут возникнуть при выявлении округлой тени с петрификатами в нетипичных для туберкулом участках легкого (в передних отделах или в базальной пирамиде). Туберкуломы подобной локализации формируются или из легочного компонента первичного комплекса в детском и подростковом возрасте и у взрослых бывают, как правило, тотально обызвествлены, или на базе очага Гона. В последнем случае одиночный петрификат выявляется в центре. Большую помощь в этих случаях оказывает знание патогенеза первичного туберкулеза. При туберкуломе, развившейся из первичного аффекта или очага Гона, который является составной частью законченного первичного комплекса, должны быть обызвествлены регионарные лимфатические узлы. Если же их нет, можно с большой степенью вероятности исключить специфическую природу круглой тени с петрификатами.

Следует, однако, иметь в виду, что при туберкуломах подобного генеза с кальцинатами, локализующихся в нижней или средней доле, обызвествленные лимфатические узлы нередко располагаются в зоне бифуркации. На прямых и боковых рентгенограммах они могут быть не видны. Для их выявления необходима прямая томография

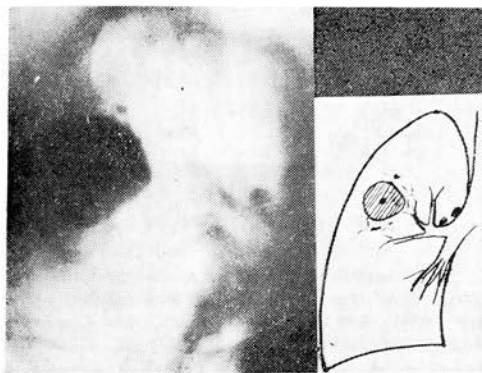


Рис. 1. Фрагмент томограммы больного С. Туберкулома в апикальном субсегменте правого легкого. Локализация не характерна для вторичного туберкулеза, однако петрификат в центре, деформация легочного рисунка с единичными очагами вокруг и обызвествленные регионарные лимфатические узлы облегчают диагностику.



Рис. 2. Фрагмент томограммы больного Я. Гамартома в 7-м сегменте правого легкого. Характер обызвествления (конгломеративно-глыбчатый) типичен для гамартомы, а отсутствие петрификатов в регионарных лимфатических узлах позволяет практически исключить туберкулому.

трахеобронхиального слоя с шагом томографа не более 1 см. Естественно, что наличие петрификатов в корнях легких не исключает неспецифической природы округлого образования в легких, особенно если обызвествлены не регионарные лимфатические узлы; однако их отсутствие позволяет с большой достоверностью исключить туберкулому у взрослых, патогенетически связанную с первичным периодом инфекции.

Диагностические трудности при атипичной локализации туберкулом усугубляются еще и тем, что последние часто располагаются в интактном легком, в то время как вокруг туберкулом, поражающих 1 и 2-й сегменты, выявляются очаговые тени, иногда с фиброзной деформацией легочного рисунка и утолщением плевры, наличие которых облегчает диагноз, так как гамартомы располагаются в неизменной легочной ткани [2, 5].

Определенное значение в дифференциации туберкулом и неспецифических округлых образований имеет исследование кожной чувствительности к туберкулину. Для туберкулом характерны умеренно выраженные или гиперергические реакции Манту на 2 ТЕ; при сниженной чувствительности к туберкулину диагноз туберкуломы следует поставить под сомнение, а при отрицательных туберкулиновых пробах практически исключить его. Особую ценность иммунобиологические пробы имеют при обследовании лиц молодого и среднего возраста. Именно в этих возрастных группах наиболее часто выявляются как туберкуломы, так и гамартомы легких.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Б. А. Грудная хир., 1968, 4.— 2. Аршас А. Х. Пробл. туб., 1954, 8.— 3. Вильдерман А. М., Шиндер Н. Л. Врач. дело, 1956, 12.— 4. Виннер М. Г., Шулуток М. Л. Шаровидные образования легких. Свердловск, 1971.— 5. Оленева Г. Н. Пробл. туб., 1946, 1.— 6. Помельцов К. В. Рентгенологическая диагностика туберкулеза легких. М., Медицина, 1965.— 7. Розенштраух Л. С., Рождественская А. И. Доброкачественные опухоли легких. М., Медицина, 1968.

Поступила 24 сентября 1980 г.