



Л.І. Миколишин, З.І. Піскур

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Особливості туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів, поєднаного з туберкульозом органів дихання у дітей

Мета роботи — вивчити особливості туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів, поєднаного з туберкульозом органів дихання, та встановити причини несвоєчасної його діагностики у дітей.

Матеріали та методи. Проаналізовано 137 історій хвороб дітей віком від 0 до 15 років, яких лікували з приводу локальних форм позагрудного туберкульозу в спеціалізованому дитячому стаціонарі в 1988–2015 рр.

Результати та обговорення. Зі 137 дітей із позагрудним туберкульозом туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів був у $(35,8 \pm 6,8) \%$. У $(77,6 \pm 6,7) \%$ дітей він поєднувався з туберкульозом органів дихання, при цьому переважав $((81,6 \pm 6,9) \%)$ туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. У 7,9 % був міліарний туберкульоз. Хворобу виявляли $((91,8 \pm 4,0) \%)$ під час звернення по медичну допомогу. До вступу в спеціалізований стаціонар $(73,5 \pm 7,3) \%$ дітей лікували в лікарнях загальної мережі. У $(44,9 \pm 10,8) \%$ хворобу діагностували несвоєчасно. Захворювання розвивалося у дітей зі зниженою реактивністю організму $((77,6 \pm 6,7) \%)$ та невакцинованих або щеплених вакциною БЦЖ неефективно $((63,3 \pm 8,6) \%)$.

Висновки. Особливостями поєднаних форм туберкульозу периферичних лімфовузлів є різновид уражених лімфатичних вузлів, ураження кількох їхніх груп, дещо більша схильність до утворення конгломератів і розташування уражених лімфатичних вузлів ланцюжком, поєднання їх з міліарним туберкульозом і менінгоенцефалітом. Причинами несвоєчасної діагностики туберкульозу були недостатня пильність лікарів щодо туберкульозу, брак інформації про джерело інфекції та зниження чутливості на туберкулін.

Ключові слова

Туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів, туберкульоз органів дихання, діагностика, діти.

Чимало дослідників вважають, що туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів (ПЛВ) посідає одне з провідних місць серед позалегенових форм туберкульозу і складає 20,0–31,2 % усіх позалегенових форм [1, 3, 4, 6, 7]. Деякі дослідники вказують на тенденцію до зростання захворюваності на туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів (ПЛВ) [1, 3], проте лише в поодиноких роботах йдеться про туберкульоз ПЛВ у дітей. Не висвітлено особливості туберкульозу ПЛВ, поєднаного з туберкульозом органів дихання (ТБОД) у дітей. Ми знайшли лише одну

роботу, присвячену цьому питанню у дорослих [2]. Не вивчено причини несвоєчасної діагностики туберкульозу ПЛВ у дітей. Зазначене свідчить про потребу в подальшому дослідженні й вивченні вказаних питань.

Мета роботи — вивчити особливості туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів, поєднаного з туберкульозом органів дихання, та встановити причини несвоєчасної його діагностики у дітей.

Матеріали та методи

Проаналізовано 137 історій хвороб дітей віком від 0 до 15 років, яких лікували з приводу

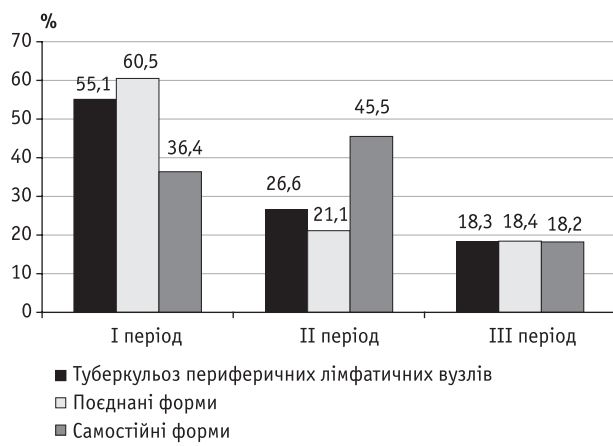


Рис. 1. Розподіл туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів за періодами

локальних форм позагрудного туберкульозу в спеціалізованому дитячому стаціонарі в 1988–2015 рр. Досліджувані роки розподілено на три періоди: I – 1988–1997 рр., II – 1998–2007 рр., III – 2008–2015 рр. За даними історії хвороби аналізували таку інформацію: вік, локалізацію і характер уражених лімфатичних вузлів, їхнє поєднання з ТБОД, ускладнення, метод виявлення, дані про туберкулінові проби і їхню динаміку, перенесені супутні хвороби, проведення вакцинації БЦЖ та наявність і розмір післявакцинного рубчика, контакту з хворим на туберкульоз, перебування дітей на диспансерному обліку та проведення хіміопрофілактики.

Матеріал опрацьовано статистично. Для визначення вірогідної різниці (%) вибірковок часток варіант застосовували формулу Фішера. Визначали середню похибку (m), показник вірогідності (t) та різницю вірогідності (p) за таблицею Стьюдента.

Результати та обговорення

Зі 137 дітей з позагрудним туберкульозом туберкульоз ПЛВ був у 49 ((35,8 ± 6,8) %) хворих.

Дітей від 0 до 1 року було 2,0 %, від 1 до 3 років – (20,4 ± 13,4) %, від 4 до 7 років – (32,7 ± 12,1) %, від 8 до 15 років – (44,9 ± 10,8) %. Дещо більше було хлопчиків – (71,4 ± 7,6) %, міських – (63,3 ± 8,6) та організованих – (65,3 ± 8,4) дітей.

У (77,6 ± 6,7) % дітей туберкульоз ПЛВ поєднувався з легеневою локалізацією і туберкульозом внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ВГЛВ). Самостійних форм туберкульозу ПЛВ було (22,4 ± 13,1) %. Встановлено, що серед поєднаних форм незначно переважали діти від 4 до 7 – (36,8 ± 13,3) % порівняно з (18,2 ± 38,5) % ($p > 0,05$) та до 3 років – (23,7 ± 15,0) % порівняно з (18,2 ± 38,5) % ($p > 0,05$), серед самостійних дещо більше було дітей віком від 8 до

15 років – (63,6 ± 17,0) % порівняно з (39,5 ± 13,0) % ($p > 0,05$). Серед дітей з поєднаними формами дещо переважали хлопчики – (76,3 ± 8,0) % порівняно з (54,5 ± 22,2) % ($p > 0,05$), із самостійними – дівчатка – (45,5 ± 24,8) % порівняно з (23,7 ± 15,0) % ($p > 0,05$). Міських (60,5 ± 10,4) % порівняно з (72,7 ± 16,8) % ($p > 0,05$) і сільських – (39,5 ± 13,0) % порівняно з (27,3 ± 31,5) % ($p > 0,05$) дітей із поєднаними і самостійними формами була майже однакова кількість. Організованих дітей було дещо більше в разі самостійних форм – (81,8 ± 13,6) % порівняно з (60,5 ± 10,4) % ($p > 0,05$), неорганізованих – за поєднаних – (39,5 ± 13,0) % і (18,2 ± 38,5) % ($p > 0,05$) відповідно.

Із клінічних форм ТБОД переважав туберкульоз ВГЛВ – (81,6 ± 6,9) %: у фазу інфільтрації – (80,6 ± 8,0), із засіванням – 3,2 %, у фазу зворотного розвитку – (16,1 ± 18,3) %. У (64,5 ± 10,9) % дітей процес був двобічний, у (35,5 ± 15,1) % – однобічний. Частіше уражалися бронхопульмональні – (71,0 ± 9,9) % і парааортальні – (19,4 ± 17,6) % лімфатичні вузли, рідше – паратрахеальні – (6,4 ± 24,4) % та біфуркаційні – 3,2 %.

Первинний туберкульозний комплекс (ПТК) становив (10,5 ± 17,6) %, у фазу інфільтрації – (75,0 ± 30,6) %, інфільтрації із засіванням – 25,0 %. У (7,9 ± 19,0) % дітей був міліарний туберкульоз.

Розподіл туберкульозу ПЛВ за періодами наведено на рис. 1.

Найчастіше туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів виявляли у I період – (55,1 ± 9,7) %, рідше – у II – (26,6 ± 12,7) % та III – (18,3 ± 13,6) %. У I період дещо частіше були поєднані форми – (60,5 ± 10,4) %, у II – самостійні – (45,5 ± 24,8) %, у III – поєднані й самостійні форми виявляли з однаковою частотою – (18,4 ± 15,8) % та (18,2 ± 38,5) %. Слід зазначити, що, попри меншу кількість дітей із поєднаними формами туберкульозу в III період, у 4 виявлено тяжку форму генералізованого туберкульозу. У 3 із них діагностовано міліарний туберкульоз, а в одній – туберкульозний менінгоенцефаліт. Двоє дітей раннього віку (одна з туберкульозним менінгоенцефалітом, друга – з міліарним туберкульозом) померли. Отже, кількість випадків туберкульозу ПЛВ у III період порівняно з I і II зменшилася, однак у III період туберкульоз ПЛВ поєднувався з тяжкими формами туберкульозу з летальним завершенням хвороби у двох дітей.

У (34,7 ± 11,9) % дітей специфічний процес локалізувався у шийних лімфатичних вузлах, у (26,6 ± 12,7) % – в пахових, в однаковій кількості – по (16,3 ± 13,9) % – у підщелепних і

Таблиця. Характер уражених периферичних лімфатичних вузлів у разі поєднаних і самостійних форм

Характер уражених лімфатичних вузлів	Загалом (n = 49)		З них				p
			Поєднані форми (n = 38)		Самостійні форми (n = 11)		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Поодинокі	25	51,0 ± 10,2	19	50,0 ± 11,7	6	54,5 ± 22,2	> 0,05
Кілька поодиноких	8	16,3 ± 13,9	6	15,8 ± 16,3	2	18,2 ± 38,5	> 0,05
Конгломерат	10	20,4 ± 13,4	8	21,0 ± 15,4	2	18,2 ± 38,5	> 0,05
Ланцюжком	6	12,2 ± 14,6	5	13,2 ± 16,9	1	9,1	> 0,05

мезентеріальних та по — 2,0 % в пахвинних, шийних і мезентеріальних, пахвових і мезентеріальних. За поєднаних і самостійних форм питома вага шийних ((34,2 ± 13,6) % порівняно з (36,4 ± 27,7) %; $p > 0,05$), пахвових ((26,3 ± 14,6) % і (27,3 ± 31,5) %; $p > 0,05$) та мезентеріальних ((10,5 ± 17,6) % та (36,4 ± 27,7) %; $p > 0,05$) лімфатичних вузлів статистично не відрізнялася. Однак ураження підщелепних ((21,1 ± 15,4) % лімфатичних вузлів було лише за поєднаних форм. Слід зазначити також, що в разі поєднаних форм виявляли ураження двох груп лімфатичних вузлів (в однієї дитини — шийні й мезентеріальні, в іншій — пахвові та мезентеріальні).

Характер уражених периферичних лімфатичних вузлів за поєднаних і самостійних форм наведено в таблиці.

Отже, найчастіше ((51,0 ± 10,2) %) виявляли поодинокі периферичні лімфатичні вузли, значно рідше ((16,3 ± 13,9) %) — кілька поодиноких, у (20,4 ± 13,4) % виявлено конгломерати лімфатичних вузлів і у (12,2 ± 14,6) % лімфатичні вузли були розташовані ланцюжком. Слід зауважити, що у хворих з поєднаними формами дещо частіше виявляли схильність до утворення конгломератів ((21,0 ± 15,4) % і (18,2 ± 38,5) %; $p > 0,05$) та випадки розташування лімфатичних вузлів ланцюжком ((13,2 ± 16,9) % і 9,1 % відповідно; $p > 0,05$). Поодинокі лімфатичні вузли дещо частіше виявляли у хворих із самостійними формами ((54,5 ± 22,2) % порівняно з (50,0 ± 11,7) %; $p > 0,05$). Отже, за поєднаних форм туберкульозу ПЛВ виявляли більшу різноманітність уражених лімфатичних вузлів, ураження кількох груп лімфатичних вузлів, дещо більшу схильність до утворення конгломератів і розташування уражених лімфатичних вузлів ланцюжком.

У (36,7 ± 11,6) % початок хвороби був гострим, у (49,0 ± 10,4) % — підгострим, у (14,3 ± 14,2) % — поступовим.

У 3 дітей із поєднаними формами і в однієї з самостійною формою туберкульоз ПЛВ ускладнився абсцесом.

18 ((36,7 ± 11,6) %) дітей прооперовано. Таке втручання проводили дещо частіше у разі самостійних форм, ніж поєднаних, — (45,5 ± 24,8) % порівняно з (34,2 ± 13,6) % ($p > 0,05$).

У (91,8 ± 4,0) % випадків захворювання виявлено під час звернення по медичну допомогу. При цьому всі самостійні форми туберкульозу ПЛВ виявлено в процесі звернення, поєднані ж виявляли у (89,5 ± 5,2) % випадків.

До госпіталізації 36 ((73,5 ± 7,3) %) дітей лікували у лікарнях загальної мережі. Встановлено, що 27 ((55,1 ± 9,7) %) дітей лікували в одній лікарні, 7 ((14,3 ± 14,2) %) — у двох, 2 ((4,1 ± 19,8) %) — у трьох. За поєднаних форм дещо частіше, ніж самостійних, до госпіталізації дітей лікували в одній лікарні ((60,5 ± 10,4) % порівняно з ((36,4 ± 27,7) %; $p > 0,05$), майже однакова кількість їх перебували у двох ((13,2 ± 16,9) % порівняно з (18,2 ± 38,5) %; $p > 0,05$) та у трьох (2,6 % і 9,1 % відповідно; $p > 0,05$) лікарнях.

У дітей з поєднаними формами діагноз до 1 міс ((36,8 ± 13,3) % порівняно з (18,2 ± 38,5) %; $p > 0,05$) і до 2 міс ((26,3 ± 14,6) % і 9,1 % відповідно; $p > 0,05$) встановлювали дещо частіше, ніж із самостійними. У дітей із самостійними формами дещо частіше, ніж поєднаними, хворобу діагностували після 2 міс ((72,7 ± 16,8) % порівняно з (36,8 ± 13,3) %; $p > 0,05$) від початку захворювання. Отже, як за поєднаних, так і самостійних форм туберкульозу ПЛВ до госпіталізації в спеціалізованій стаціонар значну кількість дітей лікували у лікарнях загальної мережі та діагностували хворобу несвоєчасно. Це свідчить про неналагоджену співпрацю між лікарями загальної мережі і фтизіатрами, недостатню пильність лікарів щодо туберкульозу та необізнаність із клінічними ознаками туберкульозу ПЛВ.

Діагноз встановлювали на основі клініко-рентгенологічних даних. Підтверджували за даними морфологічного дослідження у 13 ((26,5 ± 12,7) %), УЗД — у 4 ((8,2 ± 15,8) %), комп'ютерної томографії — у 3 ((6,1 ± 16,9) %), ультрасонографії — у 3 ((6,1 ± 16,9) %). Під час бактеріологічного дослідження харкотиння, про-

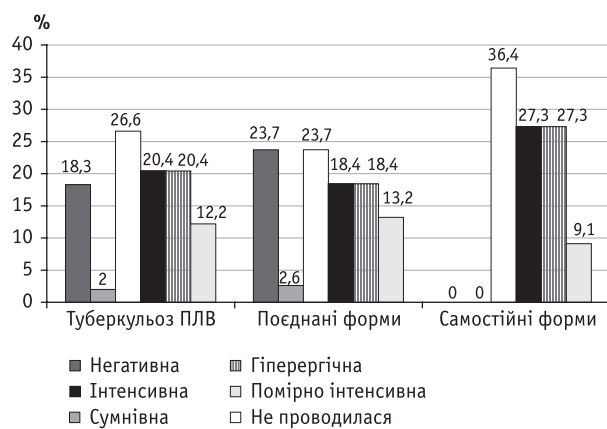


Рис. 2. Результати туберкулінових проб за поєднаних і самостійних форм туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів

мивних вод бронхів і біоптатів лімфатичних вузлів мікобактерій туберкульозу не виявляли.

На рис. 2 наведено результати туберкулінових проб у разі поєднаних і самостійних форм туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів.

На початку хвороби результати туберкулінової проби виявлено у 43 ((87,8 ± 4,9) %) дітей. У 10 (20,4 ± 13,4) % вона була гіперергічна, у такої ж кількості — інтенсивна, у 13 ((26,6 ± 12,7) %) — помірно інтенсивна, у 1 (2,0 %) — сумнівна, у 9 (18,3 ± 13,6) % — негативна, а у 6 (12,2 ± 14,6) % її не проводили.

Отже, при самостійних формах дещо частіше були гіперергічні, інтенсивні й помірно інтенсивності туберкулінові реакції. Водночас негативні та сумнівні результати засвідчено лише за поєднаних форм. У середньому розмір папули становив (11,4 ± 4,8) мм, причому за поєднаної форми — (9,5 ± 2,3) мм, за самостійної — (13,2 ± 3,3) мм. Тобто в разі поєднаних форм чутливість до туберкуліну дещо знижена.

У всіх дітей виявляли чинники ризику щодо туберкульозу. У 26 ((53,1 ± 3,1) %) було 3–6 чинників, при цьому їхня кількість за обох форм суттєво не відрізнялася — (52,6 ± 11,4) % порівняно з (54,5 ± 22,2) % ($p > 0,05$).

Соціальні чинники виявлено у 22 (44,9 ± 10,8) % дітей, причому дещо частіше за самостійних форм — (54,5 ± 22,2) % і (42,1 ± 12,7) % відповідно ($p > 0,05$).

На рис. 3 наведено соціальні чинники ризику щодо туберкульозу за поєднаних і самостійних його форм.

У 5 ((10,2 ± 15,1) %) дітей, хворих на туберкульоз ПЛВ, вакцинацію БЦЖ не проводили, причому у всіх їх була поєднана форма недуги. Неefективне щеплення було у 21 ((42,9 ± 11,0) %) дитини, причому майже однаково часто за обох

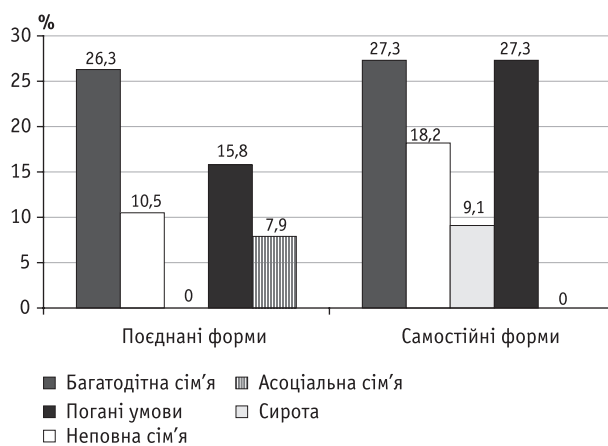


Рис. 3. Соціальні чинники ризику за поєднаних і самостійних форм туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів

форм хвороби (42,1 ± 12,7) % і (45,5 ± 24,8) % відповідно ($p > 0,05$). Даних про вакцинацію не було у 5 ((10,2 ± 15,1) %) пацієнтів. Отже, 31 ((63,3 ± 8,6) %) дитина не була захищена вакциною БЦЖ від туберкульозу, причому дещо частіше — у разі поєднаних форм — (65,8 ± 9,6) % і (54,5 ± 22,2) % відповідно ($p > 0,05$).

Контакт із хворим на туберкульоз встановлено у 15 ((30,6 ± 12,3) %) дітей, причому дещо частіше у хворих з поєднаними формами ((34,2 ± 13,6) % порівняно з (18,2 ± 38,5) %; $p > 0,05$). Здебільшого контактували з хворими без бактеріовиділення ((73,3 ± 13,9) %), сімейний контакт був лише з небактеріовиділювачами ((54,5 ± 22,2) %) і головним чином (у 5 випадках) — з поєднаними формами. У 34 ((69,4 ± 7,9) %) випадках джерело інфекції не встановлено. Отже, небезпечними є не лише бацилярні осередки, а й небацилярні, особливо сімейні, та виявлені джерела інфекції, оскільки в виявлених осередках інфекції протитуберкульозні заходи не проводять.

Слід зазначити, що серед дітей, які були в контакті з хворим на туберкульоз, 7 ((46,7 ± 20,3) %) стояли на диспансерному обліку і лише двоє із них отримували хіміопротифілактику.

У 38 ((77,6 ± 6,7) %) дітей преморбідний стан був обтяжений іншою патологією, причому майже однаково часто за обох форм — (76,3 ± 8,0) % і (81,8 ± 13,6) % відповідно ($p > 0,05$).

Таким чином, дані за останніх 26 років свідчать, що у дітей поєднання туберкульозу ПЛВ та органів дихання може призвести до смерті. Хворобу головним чином виявляли під час звернення по медичну допомогу. Здебільшого до госпіталізації в спеціалізований стаціонар дітей лікували в двох і навіть трьох клініках загальної мережі, що свід-

чить про неналагоджену працю лікарів загальної мережі і фтизіатрів та недостатню пильність лікарів щодо туберкульозу. Майже у половині випадків хворобу діагностували після 2 міс від її початку, що вказує на недостатню обізнаність лікарів із клінічними особливостями туберкульозу ПЛВ. Хвороба здебільшого розвивалася у дітей зі зниженою реактивністю організму та незахищених вакциною БЦЖ. Найтяжчі поєднані форми з розвитком міліарного туберкульозу і менінгоенцефаліту, які у двох випадках завершилися летально, діагностували в 2008–2015 рр. Це спричинено ослабленням профілактичних протитуберкульозних заходів серед дітей та несвоєчасною діагностикою хвороби.

Висновки

У структурі позагрудного туберкульозу туберкульоз периферичних лімфовузлів становив (35,8 ± 6,8) %. У (77,6 ± 6,7) % дітей він поєднувався з туберкульозом органів дихання, при цьому переважав ((81,6 ± 6,9) %) туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, у 7,9 % був міліарний туберкульоз.

Особливостями поєднаних форм туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів є більша різновидність уражених лімфатичних вузлів,

ураження кількох їхніх груп, дещо вища схильність до утворення конгломератів і розташування уражених лімфатичних вузлів ланцюжком, поєднання їх з міліарним туберкульозом і туберкульозним менінгоенцефалітом, що може призвести до смерті.

У (91,8 ± 4,0) % дітей хворобу виявляли під час звернення по медичну допомогу, (73,5 ± 7,3) % дітей до госпіталізації в спеціалізований стаціонар лікували в лікарнях загальної мережі, у (44,9 ± 10,8) % випадків хворобу діагностували через 2 міс від початку захворювання.

Причиною несвоєчасної діагностики туберкульозу була недостатня пильність лікарів щодо туберкульозу та необізнаність із клінічними особливостями туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів, брак інформації про джерело інфекції ((69,4 ± 7,9) %), зниження чутливості на туберкулін (лише за поєднаних форм були негативні і сумнівні туберкулінові проби).

Для раннього виявлення туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів слід підвищити пильність лікарів щодо туберкульозу і підвищити рівень знань лікарів і фтизіатрів з питань клініки та діагностики хвороби та інтенсифікувати протитуберкульозні заходи.

Список літератури

1. Аксенова В.А. Внелегочные формы туберкулеза у детей в России (эпидемиология, клинические формы и их наблюдение) // Пробл. туб.— 2001.— № 4.— С. 6–9.
2. Барин В.С., Прохорович Н.А., Иванова Т.Н., Семенченко П.В. Особенности туберкулеза периферических лимфатических узлов при специфическом процессе в органах дыхания // Пробл. туб. и бол. легких.— 2003.— № 5.— С. 21–23.
3. Білогорцева О.І. Епідеміологічна ситуація щодо туберкульозу у дітей в Україні та шляхи удосконалення надання протитуберкульозної допомоги дітям // Совр. педиатр.— 2014.— № 5.— С. 22–26.
4. Мотанова Л.Н., Безуглая С.Ю. Эпидемиологические и клинические аспекты внелегочного туберкулеза у детей и подростков в Приморском крае // Пробл. туб.— 2004.— № 1.— С. 5–8.
5. Охорзина Н.А. Диагностика и лечение туберкулеза периферических лимфатических узлов у детей и подростков // Пробл. туб.— 2003.— № 1.— С. 36–39.
6. Чеботарева А.А., Чеботарева Т.В., Облогина Л.И. и др. Методы выявления и клиническая характеристика внелегочного туберкулеза у детей из групп риска // Пробл. туб. и бол. легких.— 2008.— № 4.— С. 11–17.
7. Swaminathan S., Rekha B. Pediatric tuberculosis: global overview and challenges // Clinical Infectious Diseases.— 2010.— May 15.— N 50 (Supplement 3).— P. 184–194.— Режим доступу: http://cid.oxfordjournals.org/content/50/Supplement_3/S184.full.pdf+html.

Л.И. Мыколышин, З.И. Пискур

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Особенности туберкулеза периферических лимфатических узлов, сочетанного с туберкулезом органов дыхания у детей

Цель работы — изучить особенности туберкулеза периферических лимфатических узлов, сочетанного с туберкулезом органов дыхания, и выявить причины несвоевременной его диагностики у детей.

Материалы и методы. Проанализировано 137 историй болезни детей в возрасте от 0 до 15 лет, лечившихся по поводу локальных форм внелегочного туберкулеза в специализированном детском отделении в 1988–2015 гг.

Результати и обговорення. Из 137 детей с внелегочным туберкулезом туберкулез периферических лимфатических узлов был у $(35,8 \pm 6,8) \%$. У $(77,6 \pm 6,7) \%$ детей он сочетался с туберкулезом органов дыхания, при этом преобладал $((81,6 \pm 6,9) \%)$ туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. У 7,9 % был милиарный туберкулез. Заболевание выявляли $((91,8 \pm 4,0) \%)$ во время обращения за медицинской помощью. До поступления в специализированный стационар $(73,5 \pm 7,3) \%$ детей лечили в больницах общей сети. У $(44,9 \pm 10,8) \%$ заболевание выявлено несвоевременно. Болезнь развивалась у детей из пониженной реактивностью организма $((77,6 \pm 6,7) \%)$ и невакцинированных или вакцинированных БЦЖ неэффективно $((63,3 \pm 8,6) \%)$.

Выводы. Особенности сочетанных форм туберкулеза периферических лимфатических узлов являются разнообразность пораженных лимфатических узлов, поражение нескольких их групп, тенденция к образованию конгломератов и распределению лимфатических узлов по цепочке, сочетание их с милиарным туберкулезом и менингоэнцефалитом. Причинами несвоевременной диагностики туберкулеза были недостаточная настороженность врачей относительно туберкулеза, отсутствие информации об источнике инфекции и сниженная чувствительность к туберкулину.

Ключевые слова: туберкулез периферических лимфатических узлов, туберкулез органов дыхания, диагностика, дети.

L.I. Mykolyshyn, Z.I. Piskur

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Peculiarities of tuberculosis of peripheral lymph nodes combined with pulmonary tuberculosis in children

Objective – to study the peculiarities of tuberculosis of peripheral lymph nodes (PLN) combined with pulmonary tuberculosis (PTB) and determine the causes of late diagnosis of the disease in children.

Materials and methods. 137 case histories of children aged from 0 to 15 with local forms of extrapulmonary tuberculosis treated in a specialized children's hospital in 1988–2015 were analysed.

Results and discussion. TB of PLN was found in $(35,8 \pm 6,8) \%$ (49) of patients out of 137 children with extrapulmonary TB. In $(77,6 \pm 6,7) \%$ of children TB of PLN was combined with PTB, in addition, tuberculosis of intrathoracic lymph nodes $((81,6 \pm 6,9) \%)$ prevailed and 7.9% of patients had miliary tuberculosis. The disease was diagnosed $((91,8 \pm 4,0) \%)$ while seeking medical help. Before the admission to the specialized hospital $(73,5 \pm 7,3) \%$ of children were treated in general hospitals. In $(44,9 \pm 10,8) \%$ of cases the disease was diagnosed late. The disease developed in children with low reactivity of the organism $((77,6 \pm 6,7) \%)$ and in children who were not vaccinated with BCG vaccine and those vaccinated inefficiently $(63,3 \pm 8,6) \%$.

Conclusions. The peculiarities of combined forms of TB of PLN are great variety of affected lymph nodes, lesions of several groups of lymph nodes, slightly higher tendency to form conglomerates and location of affected lymph nodes in chain pattern, combining with miliary tuberculosis and meningoencephalitis. The cause for late diagnosis of tuberculosis was insufficient vigilance of doctors in relation to tuberculosis, the lack of information about the source of infection and reduced sensitivity to tuberculin.

Key words: tuberculosis of peripheral lymph nodes, respiratory tuberculosis, diagnosis, children.

Контактна інформація:

Миколишин Лідія Іванівна, д. мед. н., проф. кафедри фтизіатрії і пульмонології
79066, м. Львів–Сихів, вул. Зелена, 477
E-mail: lidiya.mykolyshyn@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 12 лютого 2016 р.