

УДК 616.258:45-006

ПОТЕЙКО П.И., КРУТЬКО В.С., ШЕВЧЕНКО О.С.*, ХОДОШ Э.М.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

*Харьковский национальный медицинский университет

ТУБЕРКУЛЕЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Туберкулез периферических лимфатических узлов (ТБ ПЛУ) — опухолеподобное изолированное или генерализованное поражение различных групп лимфатических узлов с развитием в них специфического воспалительного процесса [1–4, 6].

До начала пандемии ВИЧ/СПИДа туберкулез лимфатических узлов встречался редко — в структуре заболеваемости туберкулезом составлял 0,25 %. В настоящее время туберкулезное поражение лимфатических узлов является маркером ВИЧ-инфекции и встречается примерно у 10 % больных [2, 5, 6].

ТБ ПЛУ возникает на фоне измененной реактивности и сниженного иммунобиологического состояния организма; распространяется преимущественно эндогенно (гематогенным или лимфогематогенным путем) из других очагов туберкулезной инфекции в организме (легкие, лимфатические узлы и др.); может сочетаться с другими локализациями туберкулезного процесса [1, 2, 4, 6].

Чаще всего поражаются лимфатические узлы шеи (65 %), реже — подчелюстные, подмышечные, еще реже — паховые, надключичные и кубитальные [1, 2, 6].

Пораженные туберкулезом лимфатические узлы чаще всего упругие, безболезненные и подвижные. При прогрессировании процесса в лимфатических узлах развивается казеозный некроз. Узлы срастаются с кожей и начинают флюктуировать. Кожа над пораженным лимфатическим узлом истончается и вскоре прорывается, образуется свищ, который продолжительное время не заживает. Из него выделяются жидкие казеозные массы.

Необходимо помнить, что микобактерии туберкулеза (МБТ) в выделениях из свищей, а также в пунктатах из туберкулезных «холодных» абсцессов и натечников находят редко (в 5–8 % случаев). Поэтому отсутствие МБТ в исследуемом материале не отвергает туберкулезную природу заболевания. Косвенным признаком туберкулеза служит отсутствие роста неспецифической флоры в полученном гнойном содержимом [1, 2].

После заживления на месте свища образуются рубцы с характерными перемычками и сосочками (рис. 1а, 1б).

При рентгенологическом исследовании в уплотненных периферических лимфатических узлах можно выявить мелкие кальцинаты, что указывает на туберкулезную природу заболевания.

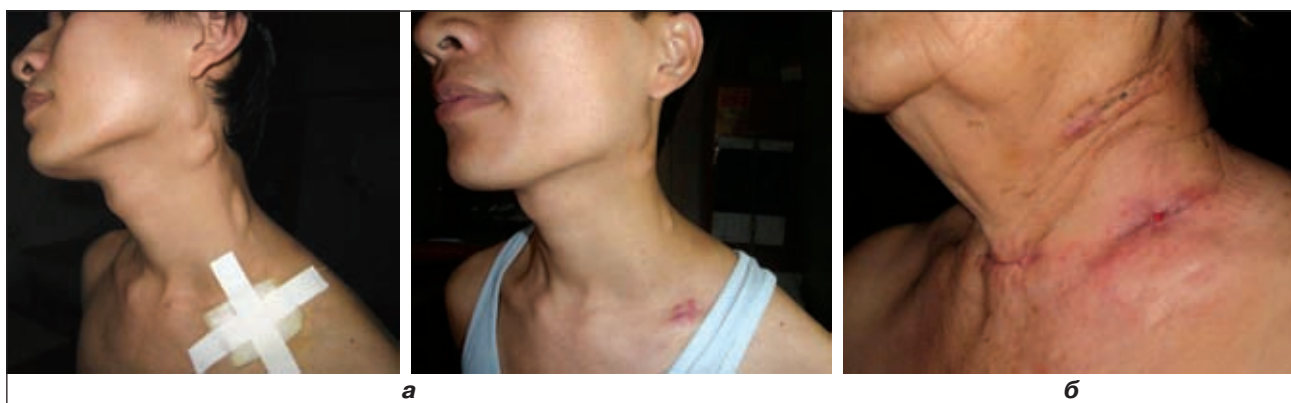


Рисунок 1. Туберкулез шейных лимфатических узлов: конгломераты увеличенных лимфатических узлов и значительное их уменьшение после лечения противотуберкулезными препаратами (в надключичной области наклейка на рубце после биопсии) (а); на шее «рваные» рубцы неправильной формы, покрытые сосочковидными выростами кожи (б)

© Потейко П.И., Крутько В.С., Шевченко О.С., Ходош Э.М., 2013

© «Медицина неотложных состояний», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

На рентгенограмме органов грудной клетки в 1/3 случаев выявляются петрификаты, возможно также выявление активного туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов и/или легких.

Туберкулиновые пробы при ТБ ПЛУ положительные: нормергические — 70 %, гиперергические — 30 %. У ВИЧ-позитивных лиц с уровнем CD4-лимфоцитов менее 200/мкл реакция Манту с 2 ТЕ отрицательная [1, 2, 5].

Диагноз ставят, как правило, на основании биопсии. Взятый для биопсии лимфатический узел исследуют как на МБТ, так и гистологически.

Клинические примеры

Больная Р., 79 лет.

У больной появились безболезненные опухолевидные образования в области шеи, преимущественно справа. К врачу обратилась через 4 мес. В области шеи справа пальпировались два безболезненных увеличенных лимфатических узла величиной с грецкий орех, слева — единичный увеличенный лимфатический узел величиной со сливу. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки (ОГК) диффузный и сетчатый пневмофиброз, расширенный левый корень за счет увеличенных лимфатических узлов (рис. 2).

Анализ мокроты — МБТ не выявлены.

Анализ крови на ВИЧ-инфекцию отрицательный.



Рисунок 2. Больная Р. Обзорная рентгенограмма ОГК



Рисунок 3. Больная Р. Рубец на шее справа после хирургического удаления лимфатического узла, рядом виден еще один увеличенный лимфатический узел

Клинический анализ крови: эритроциты — $4,9 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин — 124 г/л; лейкоциты — $7,0 \cdot 10^9/л$; эозинофилы — 1 %, палочкоядерные нейтрофилы — 5 %; сегментоядерные нейтрофилы — 76 %; лимфоциты — 10 %; моноциты — 8 %; СОЭ — 24 мм/час.

Клинический анализ мочи: удельный вес — 1,015 кг/л; белок — нет; сахар — нет; лейкоциты — 2–4 в поле зрения.

Проба Манту с 2 ТЕ — 5 мм.

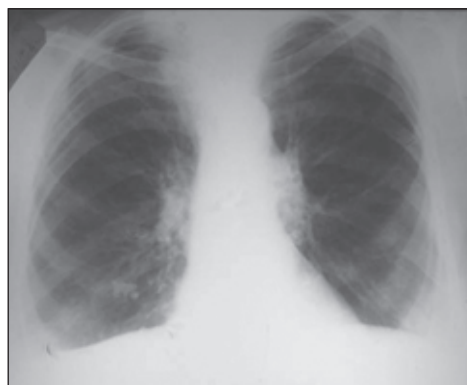


Рисунок 4. Больная Р. Контрольная обзорная рентгенограмма органов грудной клетки после трех месяцев антимикобактериальной терапии



Рисунок 5. Больная Н. Двухстороннее увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов. Кожа над заднешейным узлом слева гиперемизирована



Рисунок 6. Больная Н. Гиперергическая реакция на пробу Манту с 2 ТЕ

Произведена биопсия одного из увеличенных лимфатических узлов на шее справа (рис. 3). Гистологическое заключение — гранулематозный процесс с наличием клеток Пирогова — Лангханса.

Клинический диагноз: туберкулез периферических и внутригрудных лимфатических узлов, гистологически подтвержденный.

Проведен курс лечения антимикобактериальными препаратами в течение трех месяцев. Лимфатические узлы на шее заметно уменьшились, отмечалась также положительная динамика процесса в корнях легких (рис. 4).

Больная Н., 37 лет.

Три месяца назад увеличились шейные и подчелюстные лимфатические узлы (рис. 5).

После появления болезненных ощущений обратилась в поликлинику. Произведена пункция левого заднешейного флюктуирующего узла, получен гной, атипические клетки и МБТ не обнаружены, роста неспецифической микрофлоры нет.

Клинический анализ мокроты — МБТ не выявлены

Клинический анализ крови: эритроциты — $4,4 \cdot 10^{12}/л$; Нб — 134 г/л; лейкоциты — $5,7 \cdot 10^9/л$;

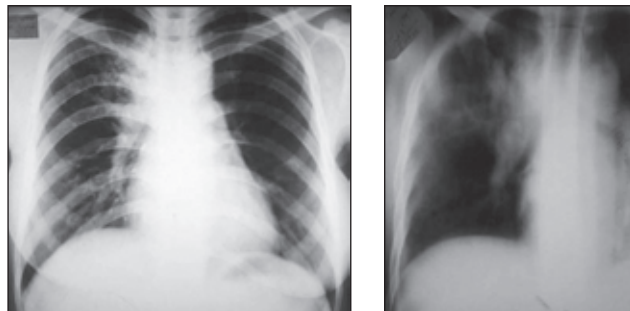


Рисунок 7. Больная Н. Обзорная рентгенограмма ОГК и томограмма правого легкого (срединный срез)

трахеальных, парааортальных и бронхопульмональных лимфатических узлов. В $S_{1,2,6}$ правого легкого определяется неоднородная инфильтрация легочной ткани с участком распада размером $0,8 \times 1,2$ см, множественные полиморфные очаги бронхогенного обсеменения в S_3 (рис. 8).

Анализ мокроты методом посева — выявлен рост МБТ (2+).

Клинический диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, с выделением микобактерий туберкуле-

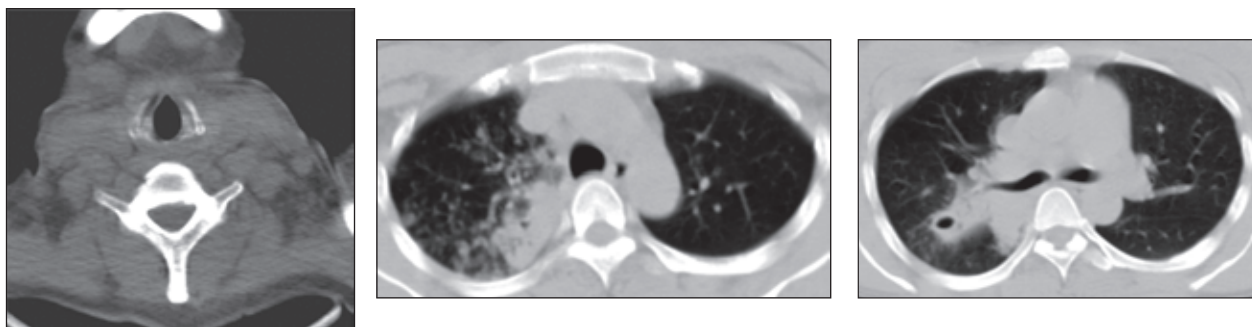


Рисунок 8. Больная Н. КТ шеи и органов грудной клетки

эозинофилы — единичные, палочкоядерные нейтрофилы — 10 %, сегментоядерные нейтрофилы — 50 %, лимфоциты — 33 %, моноциты — 7 %; СОЭ — 30 мм/час.

Клинический анализ мочи: удельный вес — 1,012 кг/л; белок — нет; сахар — нет; лейкоциты — 4–6 в поле зрения.

Анализ крови на ВИЧ-инфекцию отрицательный.

Реакция Манту с 2 ТЕ — папула 22 мм (рис. 6).

Проведена биопсия шейных лимфатических узлов с обеих сторон.

Гистологическое заключение: гранулематозное воспаление с некрозом.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и томограмме (срединный срез) выявлена неоднородная инфильтративная тень в верхней доле правого легкого (рис. 7).

На КТ шеи и органов грудной клетки выявлено двухстороннее увеличение шейных, пара-

за. Туберкулез периферических лимфатических узлов, гистологически подтвержденный.

Назначен стандартный курс антимикобактериального лечения.

Список литературы

1. Внелегочный туберкулез / Беллендир Э.Н. — СПб.: Гиппократ, 2000. — 374 с.
2. Крутько В.С., Потейко П.И., Ходош Э.М. Пульмонология: наружные симптомы. — Харьков: НТМТ, 2011. — 186 с.
3. Наказ МОЗ України № 385 від 09.06.2006 р. Інструкція про клінічну класифікацію туберкульозу та її застосування.
4. Туберкулез. Туберкулез кожи / П.П. Рязко, А.В. Руденко, К.Е. Ищейкин, Ю.А. Ищейкина, Е.А. Броше / Под ред. П.П. Рыжко. — Харьков: Фолио, 2005. — 271 с.
5. Туберкулез, ВИЛ-інфекція/СНІД: Навч. посіб. / Р.Г. Процюк, В.Ф. Москаленко, В.І. Петренко та ін.; За ред. В.Ф. Москаленка, Р.Г. Процюка. — К.: Медицина, 2009. — 424 с.
6. Фещенко Ю.І., Ільницький І.Г., Мельник В.М., Панасюк О.В. Туберкулез позалегової локалізації. — К.: Логос, 1998. — 376 с.

Получено 12.12.12 □