

Е.Н. Разнатовская, О.С. Друзенко

ТУБЕРКУЛЕЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Запорожский государственный медицинский университет

Ключові слова: туберкульоз, периферичні лімфатичні вузли.

Ключевые слова: туберкулез, периферические лимфатические узлы.

Key words: tuberculosis, peripheral lymphatic nodes.

Здійснено огляд наукової літератури, присвяченої проблемам туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів: труднощам ранньої діагностики та особливостям клінічного перебігу. Наведено клінічні випадки цієї патології.

Проведен обзор научной литературы, посвященной проблемам туберкулеза периферических лимфатических узлов: трудностям ранней диагностики и особенностям клинического течения заболевания. Приведены клинические случаи данной патологии.

Conducted a literature review of tuberculosis of peripheral lymphatic nodes: the difficulties of early diagnosis, features of clinical course. Presented clinical cases of this disease.

В настоящее время в условиях эпидемии туберкулеза [1] отмечен рост не только его легочных форм, но и внелегочного специфического процесса. По данным специализированной литературы, в структуре внелегочной локализации процесса, туберкулез периферических лимфатических узлов встречается у 10% больных [2,3,6].

Туберкулез периферических лимфатических узлов в большинстве случаев носит вторичный характер, реже проявляется как самостоятельное заболевание. По данным специализированной литературы, чаще всего диагностируется специфический процесс в шейных лимфатических узлах (80%), реже – в подмышечных (20%) и паховых (5%) [4,7]. Это объясняется тем, что микобактерия туберкулеза (МБТ) проникает в организм через органы дыхания, для которых шейные лимфатические узлы являются регионарными и выполняют функцию главного барьера.

Опасность туберкулеза периферических лимфатических узлов состоит в том, что единичное поражение их встречается как исключение, так как они увеличиваются и сливаются между собой, образуя «пакеты» [5]. Нередко выявляют пораженные лимфатические узлы, расположенные на разных уровнях лимфатической системы, что значительно осложняет диагностику и лечение данной патологии.

Согласно классификации по Э. Беллендир, А. Надежникова (1989), выделяют 4 стадии развития туберкулеза лимфатических узлов:

- пролиферативная (1 стадия) характеризуется увеличением лимфатических узлов за счет размножения клеток без их омертвления;
- казеозная (2 стадия) характеризуется образованием на месте ткани лимфатического узла творожистых некротических масс;
- абсцедирующая (3 стадия);
- свищевая (4 стадия) характеризуется образованием свища.

На попадание МБТ лимфатический узел реагирует увеличением в размере за счет разрастания лимфоидной ткани

(лимфоидная гиперплазия) – 1 стадия развития заболевания. На этом этапе типичные для туберкулеза гранулемы в лимфатическом узле не образуются. Клинически в этой стадии заболевания, когда увеличение лимфатических узлов происходит в одной или смежных группах (они увеличены до 0,5–1,5 см в диаметре, мягкие, безболезненные при пальпации, не спаянные между собой и с окружающими тканями), выражены явления специфической интоксикации (повышение температуры тела, бледность кожных покровов, быстрая утомляемость и др.).

На фоне истощения резервных способностей организма происходит прогрессирование туберкулеза. В лимфоидной ткани начинают формироваться туберкулезные гранулемы с разрастанием специфической туберкулезной ткани, которая постепенно вытесняет нормальную лимфоидную ткань лимфоузла.

При своевременной диагностике и вовремя начатом лечении достигается благоприятный исход (полное излечение и рубцевание), что проявляется в постепенном рассасывании туберкулезной гранулемы, уменьшении лимфатического узла в размере и образовании на его месте рубцовой и жировой ткани [8].

Прогрессирующее разрастание в лимфатическом узле туберкулезной гранулемы приводит к увеличению его в размере и разрушению с преобразованием в «мешочек» (оболочку с казеозными массами, которая содержит МБТ). Образование изолированного туберкулезного очага указывает на переход заболевания в хроническую форму (2 стадия заболевания). В этом случае полного излечения без оперативного вмешательства обычно не происходит, так как массы казеозного некроза плохо рассасываются, длительно сохраняются, часто уплотняются и даже обызвествляются.

Наиболее неблагоприятным в течении данного заболевания является размягчение – гнойное расплавление казеозно измененного лимфатического узла (3 стадия). В этом случае он превращается в мешок с гноем. Клинически в этом



случае при пальпации отмечается болезненность и флюктуация, кожа над узлом истончена, и он прорывается (4 стадия). Так образуется свищ с бледными отечными краями, с формированием которого закрытый туберкулезный процесс переходит в открытый. В это время больной представляет эпидемиологическую опасность для окружающих.

При затихании специфического процесса свищи закрываются, лимфатические узлы уменьшаются в размере, формируются рубцы.

Традиционно достоверным доказательством туберкулеза периферических лимфатических узлов считается обнаружение МБТ в пунктате пораженного лимфоузла. Но, исходя из проведенного обзора специализированной литературы, в 1 стадии заболевания типичные для туберкулеза гранулемы в лимфатическом узле не образуются, и МБТ могут не обнаруживаться, что представляет сложности ранней диагностики.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Ознакомить с трудностями ранней диагностики и особенностями клинического течения туберкулеза периферических лимфатических узлов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представляем клинические случаи развития первичного и вторичного туберкулеза периферических лимфатических узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический случай 1

Больной Х., 1973 г.р. поступил в КУ «Областной тубдиспансер» ЗОС в марте 2011 г. с жалобами на боль, припухлость и наличие свища на передне-боковой поверхности шеи.

Из анамнеза заболевания: в 2008 г., находясь в местах лишения свободы, выявлен очаговый туберкулез легких, лечение получал, переведен в категорию 5.1. с остаточными изменениями после перенесенного туберкулеза легких. Через некоторое время на левой передне-боковой поверхности шеи возник свищ, который без проводимого лечения самостоятельно открывался и закрывался. На протяжении последних 6 месяцев свищ функционирует постоянно, что заставило больного обратиться к фтизиатру по месту жительства. Больной направлен на дообследование в КУ «Областной тубдиспансер» ЗОС.

Локально: на передне-боковой поверхности шеи свищ со скудным гнойным отделяемым с гиперемией кожи вокруг, болезненный при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов увеличены до 1–2 размера, при пальпации безболезненны.

Лабораторные данные больного при поступлении находились в пределах нормы. Антитела к ВИЧ и Hbs-Ag не выявлены.

В результате дообследования, на основании лабораторно-рентгенологических данных активный туберкулез легких исключен.

Рентгенологически: слева в 6-м межреберье участок линейного фиброза. Корни структурны.

В анализе мокроты МТБ не обнаружены.

Двукратно производили посев содержимого свища на МБТ, результат отрицательный.

Установлен диагноз: РТБ периферических (шейных) лимфатических узлов, свищевая форма. Дестр+ МБТ- М-Гист 0 Категория 2.

Больной получил полный курс основной антимикобактериальной химиотерапии согласно категории 2, местное (компрессы с изониазидом) и общеукрепляющее лечение. В результате лечения свищ закрылся и больной переведен в категорию 5.1.

Клинический случай 2

Больной М., 1961 г.р. переведен в КУ «Областной тубдиспансер» ЗОС в июле 2011 г. с гематологического отделения ЗОКБ с диагнозом: туберкулезный лимфаденит, гранулематозный.

Поступил из гематологического отделения областной клинической больницы с жалобами на выраженную слабость, увеличение лимфатических узлов в подмышечной области справа, повышение температуры тела до 39°C.

Из анамнеза заболевания: болеет около 3 лет, когда впервые появилось увеличение лимфатических узлов до 0,5 см в диаметре. При обследовании верифицировать диагноз не удалось. Все эти 3 года больной наблюдался у гематолога. Туберкулезом ранее не болел. Патология органов грудной клетки на рентгенограмме не выявлялась.

Объективно: больной поступил в среднетяжелом состоянии, кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы справа в подмышечной области увеличены до 0,2–3,0 см в диаметре, слегка болезненны. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 3 размера, пальпаторно отмечена умеренная болезненность.

В общем анализе крови при поступлении отмечено: СОЭ – 50 мм/час, Hb – 96 г/л, Eρ – 2,9*10¹²/л, Л – 15*10⁹/л, эф – 2, п/я – 7, с/я – 66, лф – 8, м – 7.

Больному выполнена биопсия шейного лимфатического узла. Заключение: гранулематозный лимфаденит с наличием гранул, сохраняющихся эпителиальных клеток, единичные многоядерные гигантские клетки, очаги творожистого некроза; при окраске по Цилю-Нильсену определяются единичные туберкулезные палочки.

После этого больной переведен в КУ «Областной тубдиспансер» ЗОС. При поступлении у больного локально отмечено, что подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 3 размера. Справа свежий рубец после удаления подчелюстного лимфатического узла. Пальпаторно – умеренная болезненность. Паховые и подмышечные группы лимфоузлов не превышали обычных размеров.

В общем анализе крови при поступлении отмечено: СОЭ – 82 мм/час, Hb – 98 г/л, Eρ – 3,2*10¹²/л, Л – 11,9*10⁹/л, п/я – 6, с/я – 56, лф – 37, м – 2.

Рентгенологически при поступлении: умеренный пневмосклероз. Правый корень малоструктурен, расширен.

После более тщательного рентгенологического дообследования (томограмма через корни, рентгеноскопия органов грудной полости), гиперплазия лимфатических узлов в правом корне легкого исключена.



Установлен диагноз: ВДТБ периферических (шейных) лимфатических узлов, свищевая форма. Дестр- МБТО Гист + Категория 3.

Больной получил основной курс противотуберкулезной химиотерапии, дезинтоксикационную терапию. В результате лечения отмечена положительная динамика.

ВЫВОДЫ

При ранней диагностике туберкулеза периферических лимфатических узлов и своевременно начатом адекватном лечении можно добиться ремиссии данной патологии без оперативного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Лепшина С.М.* Проблемы химиорезистентного туберкулеза на современном этапе / *Лепшина С.М.* // Архив клин. и экспер. мед. – 2008. – №1. – С. 77–80.
2. Внелегочный туберкулез: Руководство для врачей / Под ред. *А.В. Васильева.* – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. – 568 с.
3. *Львов С.И.* Туберкулез периферических лимфатических узлов у военнослужащих по призыву / *С.И. Львов, Ф.К. Петросян.* // Туберкулез сегодня: Мат. VII Российского съезда фтизиатров М.: Изд-во Бином, 2003. – С. 209.
4. *Норейко Б.В.* Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов / *Б.В. Норейко, Т.В. Кириллова* // Здоровье ребенка. – 2009. – №2.
5. *Охорзина Н.А.* Диагностика и лечение туберкулеза периферических лимфатических узлов у детей и подростков / *Н.А. Охорзина* // Пробл. туберкулеза. – 2003. – №1. – С. 36–39.
6. Assessment of lymph node tuberculosis in northern Germany: a clinical review / [*H. Geldmacher, C. Taube, C. Kroeger et al.*] // Chest. – 2002. – V. 121. – №4. – P. 1177–1182.
7. Diagnosis and treatment of cervical tuberculous lymphadenitis / *Z. Weiler, P. Nelly, A.M. Baruchin, S. Oren.* // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2000. – V. 58, №5. – P. 477–481.
8. *Maurer H.M.* Rational diagnostic strategy for tuberculous lymphadenitis / *H.M. Maurer, T. Hess, T. Kroner* // Schweiz. Med. Wochenschr. – 2000. – V. 130, №44. – P. 1702–1705.

Сведения об авторах:

Разнатовская Е.Н., к. мед. н., доцент каф. фтизиатрии и пульмонологии ЗГМУ.

Друзенко О.С., студентка I медицинского факультета ЗГМУ, 5 курс, 9 группа.

Адрес для переписки:

Разнатовская Елена Николаевна, г. Запорожье, ул. Перспективная, 2, КУ «Областной тубдиспансер» ЗОС, каф. фтизиатрии и пульмонологии ЗГМУ.

Тел.: (0612) 236 64 27.

E-mail: raznatovskaya.zp@rambler.ua

Поступила в редакцию 27.03.2012 г.