

Човдурбаев Н.Ж.

**КӨМӨКЧҮ БЕЗДЕРИ ЖАНА КУРГАК УЧУК БОЮНЧА КЛИНИКА-
МОРФОЛОГИЯЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ**

Човдурбаев Н.Ж.

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА
ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ**

N.Zh. Chovdurbaev

**CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF TUBERCULOSIS OF
PERIPHERAL LYMPH NODES**

УДК: 616-002.5:616.428:616-071.003.12

Бул макалада, аны иштеп чыгуу, ошондой эле клиникалык жана лабораториялык параметрлер ар кайсы баскычтарында аралыкта арбын жана кургак учук менен гистологиялык үлгү чагылдырат. Курактык жана жыныстык курамы, колун кокустатып жыштыгы жана өпкө кургак учук менен айкалышты.

Негизги сөздөр: кошумча-өпкө кургак учугу, диагностика, жакардагы арбын кургак учугу.

В данной статье отражены гистологические картины туберкулеза периферических лимфатических узлов в различных стадиях его развития, и их клинико-лабораторные показатели. Возрастно-половой состав, частота стороны поражения и сочетание с туберкулезом легких.

Ключевые слова: внелегочный туберкулез, диагностика, туберкулез периферических лимфатических узлов.

This article reflects the histological pattern of tuberculosis of peripheral lymph nodes in various stages of development and clinical and laboratory parameters. The age and sex composition, the frequency of hand injury, and the combination with the lung tuberculosis.

Key words: extrapulmonary tuberculosis, diagnosis, needle biopsy, tuberculosis of peripheral lymph nodes.

Введение

Изменения клинко-анатомической характеристики многих заболеваний под влиянием социально-экономических, экологических и лечебно-профилактических факторов и своеобразие новых его проявлений относятся к истинному индуцированному патоморфозу [1,2], что наблюдается и при туберкулезе периферических лимфатических узлов (ТПЛУ). В прошлом ТПЛУ в 70% случаев протекал как хронический первичный туберкулезный процесс, в 9,8% - относился к генерализованному процессу [3]. Длительное хроническое заболевание способствовало появлению стойкой туберкулезной интоксикации, высокой чувствительности к туберкулину, значительной гипохромной анемией, амилоидозом внутренних органов. Чаше туберкулезный лимфаденит протекает мало симптомно, при этом отмечается лишь увеличение лимфоузлов и умеренная интоксикация [4].

Некоторые публикации указывают на то, что данное заболевание распространено в основном среди лиц старше 40 лет [5,6], а по другим источникам литературы напротив, отмечается высокий

процент заболевания у молодых и лиц среднего возраста (20-40 лет) [7].

При ТПЛУ патологический процесс чаще всего локализуется в лимфатических узлах шейной и подчелюстной области 61,1% - 95,7% случаев. Реже встречается туберкулезный лимфаденит в подмышечной 15,0% - 17,0% и паховой 7,0% - 8,0% областях [8,9]. Большинство авторов приводят весьма разноречивые данные.

Сообщается, что ТПЛУ в основном протекает с изолированным поражением одной из групп лимфатических узлов [10], а в других говорится, что чаще поражается несколько групп лимфатических узлов, иногда и с обеих сторон [11].

Большое значение для диагностики ТПЛУ имеет детальное знакомство с анамнезом. При этом важно уточнить начальную картину заболевания, давность болезни, наличие рецидивов, что необходимо и для патоморфолога, который будет ставить гистологический диагноз заболевания [12].

Цель работы: Дать клинко-морфологическую оценку туберкулеза периферических лимфатических узлов.

Задачи исследования: Изучить клинко-морфологические особенности специфического воспаления периферических лимфатических узлов.

Материал и методы исследования: Для изучения клинко-морфологических особенностей туберкулеза периферических лимфатических узлов мы провели сплошное исследование, в которое включали всех больных с данной клинической формой, которые поступали на лечение в отделение хирургического лечения внелегочного туберкулеза Национальный центр проблем туберкулеза МЗСР РК в 2006-2015 года. В ходе исследования изучались возрастно-половая характеристика больных, особенности клинического течения, гистологическая картина биоптата и пунктата лимфоузлов и результаты их бактериологического исследования. Всего за весь период наблюдения в отделение поступило 129 больных.

Обсуждения и результаты: Достоверно чаще туберкулез периферических лимфоузлов выявлялся у женщин (60,4% против 39,6%, $p \leq 0,05$). Интересно, что мода возраста, наиболее уязвимого для заболевания туберкулезом, приходилась у женщин на период в 40-49 лет, а у мужчин – на 20-29 лет.

Самой не многочисленной и в группе женщин, и в группе мужчин, было возрастная категория старше 60 лет.

Среди лиц с патологией лимфатических узлов незначительно преобладали городские жители: их доля составила $59,7\% \pm 9,5\%$, тогда как сельских жителей среди больных, поступивших на лечение в данную клинику, было $40,3\% \pm 11,3\%$ ($p \geq 0,05$). Отсутствие достоверной разницы между этими показателями, возможно, отражало изменение характера труда в сельской местности и высокий уровень миграции в город в поисках работы.

Для выявления особенностей клинической картины туберкулеза периферических лимфатических узлов нами были изучены данные анамнеза и клиничко-лабораторные проявления болезни.

У всех больных был проанализирован характер начала заболевания, данные о котором представлены на рисунке 1.

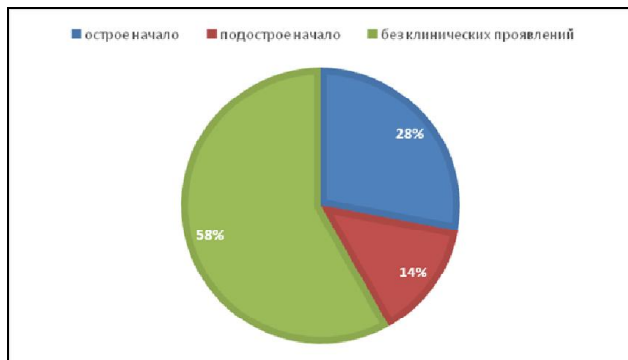


Рисунок 1. Характер начала заболевания у больных с туберкулезом периферических лимфатических узлов

Из рисунка видно, что чаще всего начало заболевания у обследованных больных было бессимптомным. Так, 75 больных (58,1%) не предъявляли никаких жалоб (кроме как на увеличенный лимфоузел). У 36 больных (27,9%) заболевание,

наоборот, началось остро с повышения температуры тела до фебрильных цифр, слабости, потливости, локальных болей и значительного увеличения лимфоузлов. У остальных 18 (14,0%) обследованных течение заболевания было подострым, проявляясь незначительным повышением температуры тела, локальной гиперемией и умеренным увеличением лимфоузлов.

При осмотре больных было установлено, что в специфическое туберкулезное воспаление могли вовлекаться самые разные группы периферических лимфоузлов, которые поражались как изолированно, так и в составе нескольких групп, образуя конгломераты. Чаще всего встречалось поражение передне и заднешейных лимфоузлов ($28,7\% \pm 5,7$ и $20,2\% \pm 12,3\%$ соответственно), а также подмышечных – $24,0\% \pm 5,8\%$. Специфическая реакция со стороны остальных групп лимфоузлов встречалась значительно реже. В воспалительный процесс вовлекались лимфоузлы с правой стороны: именно здесь увеличенные лимфоузлы встречались в 1,6 раза чаще, чем с левой стороны, тогда как двустороннее поражение было выявлено только у 24 больных ($18,6\% \pm 3,9\%$).

При изучении локальных изменений обращали внимание на размеры и консистенцию лимфоузлов, их подвижность, болезненность, изменение кожи и наличие свищей.

Степень увеличения пораженных лимфоузлов оценивали по следующей шкале: I размер – просяное зерно; II размер – чечевичное зерно; III размер – средняя горошина; IV размер – фасоль; V размер – лесной орех; VI размер – голубиное яйцо; VII размер – больше голубиного яйца. Ее использование показало, что в группе наблюдения чаще всего встречалось увеличение лимфоузлов до размера лесного ореха и голубиного яйца – V и VI размер (рис.2).

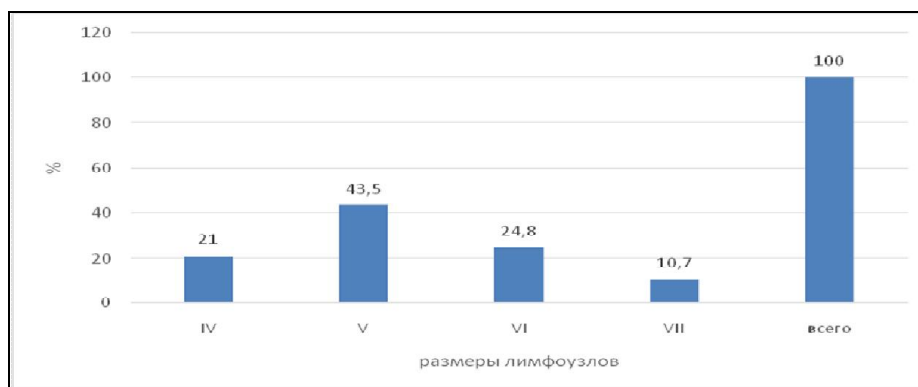


Рисунок 2. Удельный вес размеров лимфоузлов при туберкулезном лимфадените

Для характеристики локальных изменений мы использовали классификацию Э.Н. Беллендира (1986), который рекомендует выделять четыре стадии в развитии специфического процесса в лимфоузлах:

I стадия – начальная, пролиферативная, которая делится на раннюю – гиперпластическую (1а) без специфических изменений и гранулематозную (1б), когда формируются туберкулезные бугорки; II стадия – казеозная, без размягчения и распада; III

стадия – абсцедирующая; IV стадия – свищевая (язвенная). Согласно этой классификации, выявление больных на I стадии считается ранним, во II – своевременным, в III – поздним, в IV – запущенным.

Для забора проб мы использовали разработанную нами атравматическую иглу. Как показали проведенные исследования, инфильтративная стадия воспаления (рис.3), которая была выявлена у 33 больных (25,6%) проявлялась острой реактивной гиперплазией фолликулов, паракортикальной зоны лимфоузлов и гистиоцитов, сочетается с неспецифическими изменениями со стороны стромы и сосудов, в том числе и микроциркуляторного русла. В препаратах определялись признаки фолликулярной гиперплазии, большое количество лимфобластов, одиночные крупные базофильные клетки. Макрофаги содержали множество включений клеточных остатков, а клеточные тяжи состояли из больших светлых клеток, анастомозирующих между собой.

При казеозной стадии (рис. 4), выявленной у 26 (20,2%) больных, в препаратах определялись творожистые некротические массы, среди которых встречались скопления распадающихся нейтрофильных гранулоцитов и ядерный детрит. На этой стадии воспаления среди лимфоидных элементов определялись эпителиоидные клетки, а также гигантские клетки Пирогова-Лангханса.

При абсцедирующей и свищевой стадиях (рис. 5), диагностированной у 42 и 28 больных (32,6% и 21,6% соответственно), в лимфоидной ткани определялись множественные некротические фокусы. В окружающей клетчатке определялось множество нейтрофилов и бесструктурная детритная масса. В препаратах было много сегментоядерных лейкоцитов с признаками распада и содержащих токсические гранулы. Стенки свищевых ходов были представлены слипшимися между собой эпителиоидно-клеточными бугорками.

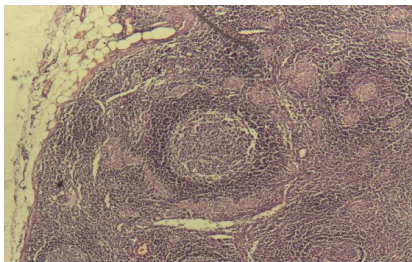


Рисунок 3

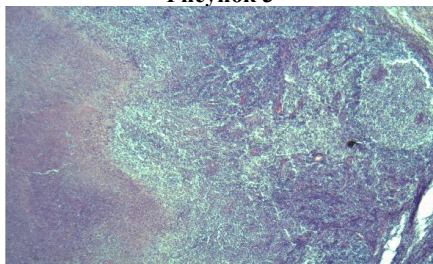


Рисунок 4

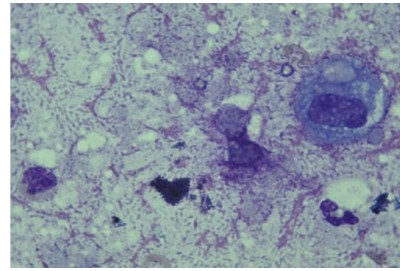


Рисунок 5

Встречающиеся эпителиоидно-подобные клетки были разделенные полосками гиалинового материала, расположенного среди скоплений лимфоцитов и лимфобластов. Синусы были заполнены лимфоцитами.

Проведенные исследования показали, что в ряде случаев ТПЛУ сочетался с туберкулезом легких. В таблице 1 приведены данные о частоте выявления сочетанного поражения и клинических формах туберкулеза легких.

Табл. 1 Частота сочетанного поражения туберкулезом легких и периферических лимфоузлов

Клинические формы	Больные с туберкулезом легких			
	Активный		Неактивный	
	Абс.	%	Абс.	%
Инфильтративный	19	70,4	-	-
Очаговый	5	18,5	-	-
Фиброзно-кавернозный	3	11,1	6	40,0
Неактивные очаговые изменения	-	-	9	60,0
Всего	27	100	15	100

Представленные данные показывают, что частота сочетанной патологии не была высокой: только у 27 больных, что составило 20,9% всей популяции обследованных больных, был выявлен активный туберкулезный процесс в легочной ткани, среди которого достоверно преобладали инфильтративные формы (14,7%) ($p \leq 0,01$). Неактивные формы заболевания в виде остаточных очаговых изменений в легких были выявлены у 9 человек (60,0%), тогда как признаки неактивного фиброзно-кавернозного туберкулеза были обнаружены у 6 больных (40,0%). Характерной особенностью сочетанной патологии было то, что все больные с активным процессом, как правило, отрицали наличие в анамнезе туберкулеза легких и контакт с больными. Среди больных с неактивным туберкулезом легких картина была иная: больные с остаточными изменениями подтвердили наличие контакта в 77,8% случаев, а среди больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких – в 95,7% случаев.

Таким образом, полученные данные показали, что ТПЛУ не имел характерных клинико-лабораторных проявлений, позволяющих подтвердить или опровергнуть туберкулезный процесс, аспецифические клеточные элементы, позволяющие провести дифференциальную диагностику (эпителиоидные клетки, клетки Пирогова-Лангханса), выявлялись при гистологическом исследовании не всегда. Наиболее информативной гистологическая картина была на казеозной стадии воспаления, когда в микропрепаратах, как правило выявлялись туберкулезные гранулемы. При абсцедирующей и свищевой формах структура лимфоузлов зачастую была настолько разрушена воспалительным процессом, что клеточные элементы становились трудно дифференцируемыми.

В связи с этим для подтверждения специфического характера воспаления у больных с ТПЛУ, а также определения его активности, нами были дополнительно использованы бактериологические методы исследований: микроскопическое определение МБТ, посев на среду Левенштейна-Йенсена и молекулярно-генетические методы определения МБТ и их лекарственной устойчивости (GeneXpert и Hain-тест). Полученные данные представлены в таблице 2.

Табл. 2 Выявляемость МБТ в пунктате лимфатических узлов

Методы обнаружения МБТ	Группа наблюдения (n=129)	
	Абс. ч.	%
всего выделявших МБТ	129	100
только микроскопией	24	16,6
только посевом	47	36,4
микроскопия + посев	71	55,0
GeneXpert	97	75,2
Hain-тест	32	24,8

Как видно из представленных в таблице данных, бактериологическими методами удалось подтвердить диагноз в 100% случаев. Однако информативность использованных бактериологических методов была неодинаковой. Самыми чувствительными методами оказались молекулярно-генетические – Gene Xpert и Hain-тест, которые помогли выявить специфические для микобактерий туберкулеза генетические локусы МБТ практически во всех пробах. Самую низкую информативность проявил в этих исследованиях микроскопический метод – благодаря ему удалось верифицировать

диагноз только у 24 больных, т.е. всего в 16,6% случаев. Процент выявления МБТ культуральным методом – 36,4 %, был выше в 2,1 раза, чем микроскопическим методом. Тогда как молекулярно-генетические методы позволили подтвердить специфический характер воспаления у всех обследованных больных, что подтверждало тот факт, что у этих больных имелся активный специфический процесс. Помимо высокой чувствительности молекулярно-генетические методы обладали дополнительным значительным преимуществом – они позволяли в короткие сроки (от 2-х до 24 часов) определить лекарственную устойчивость МБТ, что имеет принципиальное значение для своевременного назначения лечения.

Литература:

1. Баринов В.С. Туберкулез периферических лимфатических узлов. В кн.: Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. Науч. ред. Левашев Ю.Н., Репин Ю.М.СПб: ЭЛБИ-СПб; 2008. 544 с.
2. Беллендир Э.Н. Внелегочный туберкулез. 2000. СПб. Гиппократ. 374 с.
3. Лысов А.В, Мордык А.В., Плеханова М.А. и др. Клиническое наблюдение врожденного туберкулеза у новорожденного. Туберкулез и болезни легких. 2010. №4. С. 54-57.
4. Крутько В.С., Потейко П.И., Ходош Э.М. Туберкулез периферических лимфатических узлов. Медицина неотложных состояний. 2013. №1. С. 151-153.
5. Кульчавеня Е.В., Краснов В.А., Скорняков С.Н. и др. Современные тенденции эпидемической ситуации по внеторакальному туберкулезу. Туберкулез и болезни легких. 2013. №12. С. 34-39.
6. Abba A.A., Bamgboye A.E., Afzal M., et al. Lymphadenopathy in adults. A. Clinicopathological analysis // Saudi Med. J. 2013. Vol. 23, № 3. P. 282-286.
7. Норейко Б.В., Кириллова Т.В. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Здоровье ребенка. 2009. №2 (17). С. 76-78.
8. Гурьева О.И. Диагностика туберкулеза периферических лимфатических узлов у детей и подростков: автореф. дис.... канд. мед. наук. М: 2012. – 32с.
9. Туткышбаев С.О., Омирзак Е.Ж., Имангалиев Н.К. Туберкулезный лимфаденит периферических лимфатических узлов и его диагностика. Фтизиопульмонология. 2015. № 1-2 (26). С. 27-28.
10. Разнатовская Е.Н., Друзенко О.С. Туберкулез периферических лимфатических узлов. Запорожский медицинский журнал. 2012. №3. С. 12-14.
11. Саттарова Н.Н. Алгоритм диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов при разных фазах активности: автореф. дис.... д-ра. мед. наук. Баку: 2014. – 19с.
12. Weiler Z., Nelly P., Baruchin A.M., et al. Diagnosis and treatment of cervical tuberculous Lymphadenitis // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2012. – Vol. 58, № 5. – P. 477-481.

Рецензент: к.м.н., доцент Туткышбаев С.О.