

Турдумамбетова Г.К., Жаныбеков И.Ж., Алимова М.О., Усубалиева С.А.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН УЛУТТУК ФТИЗИАТРИЯ БОРБОРУНДАГЫ
2010-2014 ЖЫЛДАР АРАСЫНДАГЫ АТАЙЫН ЛИМФОАДЕНОПАТИЯЛАРДЫН
КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧҮЛҮКТӨРҮ**

Турдумамбетова Г.К., Жаныбеков И.Ж., Алимова М.О., Усубалиева С.А.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ЛИМФОАДЕНОПАТИЙ У
ПАЦИЕНТОВ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ФТИЗИАТРИИ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ ЗА ПЕРИОД С 2010-2014 ГОДЫ**

G.K. Turdumambetova, I.Zh. Zhanybekov, M.O. Alimova, S.A. Usubaliev

**CLINICAL FEATURES OF SPECIFIC LIMPHADENOPATHIES IN PATIENTS OF THE
NATIONAL CENTER OF PHTHISIATRY OF THE KYRGYZ REPUBLIC FOR THE
PERIOD FROM 2010 TO 2014**

УДК: 616.428-002.5-07 «2010/2014» (575.2)

Кыргыз Республикасында (КР) 2002-2014 жылдар арасында өпкөдөн тышкаркы кургак учуктун (КУ) салыштырма салмагы 50,6% дан 27,5% га чейин түштү, бирок баштапкы чезинин көрсөткүчтөрү жогору бойдон калууда. Лимфоаденопатиясы бар 90 бейтаптын арасында КУ 2-8 ай активдүү өтүп жатканында гана кайрылган 48 оорудууга КУ коюлду. Четки лимфа түйүндөрүнүн кургак учугу (ЧЛТКУ) 18 ден 65 жашка чейинки бейтаптарда катталды, көбүнчө 68,7% аялдарда, 6,7% учурда дем алуу органдарынын активдүү КУ алкагында жана 4,2% учурда АИЖВ инфекциясы менен өттү. 37 (77±15,8%) оорудууда ЧЛТКУ моюн лимфа түйүндөрүндө орун алган. Дээрлик ар бир үчүнчү оорудууда (31,2%), ЧЛТКУ эпидемиологиялык жактан өтүшүп кеткен – свиц бар вариантында дарт коюлду.

Негизги сөздөр: ооруга чалдыгуу, өпкөдөн тышкаркы кургак учук, четки лимф түйүндөрүнүн кургак учугу, атайын лимфоаденопатиялар, туруктуулук.

Удельный вес внелегочного туберкулеза (ТБ) в Кыргызской республике (КР) за период 2002 по 2014 снизился от 50,6 до 27,5 случая, но пороговый показатель остается высоким. Среди 90 пациентов с лимфоаденопатиями, ТБ диагностирован у 48 больных, обратившихся лишь на 2-8 месяце активного течения ТБ. Туберкулез периферических лимфатических узлов (ТПЛУ) регистрировался у пациентов от 18 до 65 лет, развивался чаще в 68,7% у женщин, в 6,7% случаев протекал на фоне активного ТБ органов дыхания и в 4,2% - с ВИЧ инфекцией. У 37 (77±15,8%) больных ТПЛУ локализовался в шейных лимфоузлах. Почти у каждого третьего больного (31,2%), ТПЛУ диагностировался в эпидемиологически запущенном - свиценом варианте течения.

Ключевые слова: заболеваемость, внелегочный туберкулез, туберкулез периферических лимфатических узлов, специфическая лимфоаденопатия, резистентность.

The share of extrapulmonary tuberculosis (TB) in the Kyrgyz Republic (KR) for the period from 2002 to 2014 decreased from 50,6 to 27,5 cases, but the threshold remains high. Among 90 patients with lymphadenopathy, TB was diagnosed in 48 patients who applied only for 2-8 months of active TB. Tuberculosis of peripheral lymph nodes (TPLN) was recorded in patients aged 18 to 65 years, developed more often in 68,7% of women, in 6,7% of cases occurred with active

respiratory TB and 4,2% with HIV infection. In 37 (77 ± 15,8%) patients, TPLN was localized in the cervical lymph nodes. Almost every third patient (31,2%), TPLN was diagnosed in an epidemiologically neglected-fistulous variant of the course.

Key words: morbidity, extrapulmonary tuberculosis, tuberculosis of peripheral lymph nodes, specific lymphadenopathy, resistance.

Несмотря на значительные успехи в достигнутой стабилизации основных эпидемиологических показателей по туберкулезу (ТБ) в мире и в Кыргызской республике (КР), проблемы с поздними сроками выявления ТБ, в частности внелегочного, сохраняются [1, 2]. Для легочных и внелегочных локализаций ТБ характерно единое инфекционное начало, вследствие меньшей эпидемиологической опасности различных форм внелегочного ТБ, им не уделяют должного внимания [3].

В КР указанные тенденции в эпидемиологической ситуации по внелегочным проявлениям ТБ также являются актуальными. По данным Республиканского центра информатики и эпидемиологии Национального центра фтизиатрии (НЦФ) МЗ КР в период с 2002 по 2014 годы внелегочной ТБ составил от 50,6 по 27,5 на 100 тыс. населения. В динамике показателя заболеваемости ТБ прослеживалась тенденция к снижению, но продолжает значительно превышать пороговый показатель тревожной ситуации по стандартам ВОЗ [4].

Вместе с этим, отмечается увеличение распространенности лимфоаденопатий различной этиологии вследствие неблагоприятных экологических факторов и роста лимфотропных инфекций [5]. В России данный показатель вырос до 38%, в Казахстане удельный вес лимфоаденопатий составил 15,3% [6]. ТПЛУ, представляющий один из видов лимфаденопатий, в структуре заболеваемости внелегочным ТБ перешел на значимые позиции [8]. По данным некоторых авторов, в структуре внелегочного ТБ, ТПЛУ встречается у 10% больных [3, 7].

Цель исследования: выявление клинических особенностей лимфоаденопатий специфической этиологии.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ 90 историй болезни пациентов обоих полов в возрасте 18-65 лет, поступивших в костно-хирургическое отделение НЦФ МЗ КР на период с 2010 по 2014 годы с периферическими аденопатиями, предположительно ТБ этиологии. Исследование проводилось на основе описательного ретроспективного анализа «случай-контроль» с использованием стандартных отчетно-учетных форм, принятых МЗ КР. Для сравнения статистической значимости между изучаемыми показателями вычисляли t-критерий Стьюдента. В ходе исследования пациенты были распределены на 2 группы – основную (48 больных с ТПЛУ) и контрольную (42 пациента с неспецифическими лимфаденитами). Критериями включения в основную группу явились специфические изменения в лимфоузлах, подтвержденные микробиологическими и гистологическими методами, а в контрольную группу вошли те, у которых диагноз ТБ был исключен вышеперечисленными методами.

Результаты исследования. Среди 48 (53,3%) пациентов с ТПЛУ и 42 (46,7%) пациентов с неспецифическими лимфоаденопатиями: женщин составляло большинство (33-68,7% и 29-69% в контрольной и основной группах соответственно). Проследивая возрастную-половую структуру больных, можно отметить, что среди пациентов с ТПЛУ преобладали лица женского пола в возрасте от 29 до 38 лет, наиболее редкий возраст от 50 лет и старше, а возраст пациентов с неспецифическим поражением не превышал 39 лет, статистически различий не было найдено ($p < 0,01$) (таб.1).

Таблица 1 – Распределение пациентов по полу и возрасту в контрольной и основной группах

Возраст (год)	Женщины (группа)		Мужчины (группа)	
	контрольная (n=33)	основная (n=29)	контрольная (n=15)	основная (n=13)
	абс. чис. – %	абс. чис. – %	абс. чис. – %	абс. чис. – %
18-28	7 - 14,5±0,4	10 - 23,7±1,6	4 - 8,3±0,18	4 - 9,5±0,19
29-38	8 - 18±0,9	9 - 21,6±1,3	6 - 12,5±0,3	9 - 21,5±1,25
39-49	7 - 14,5±0,4	3 - 7,1±0,16	4 - 8,3±0,18	–
50-59	5 - 10±0,2	3 - 7,1±0,16	–	–
60 и >	6 - 11,7±0,3	4 - 9,5±0,19	1 - 2,2±0,02	–
Всего	33 - 68,7	29 - 69	15 - 31,3	13 - 31

У всех 48 (100%) пациентов клинический диагноз ТПЛУ подтвержден гистологическим исследованием биопсионного материала. Пункционная

биопсия лимфатического узла, т.е. исследование биоптата или исследование отделяемого свища на микобактерии туберкулеза (МБТ) позволило установить своевременно (2-25 суток) диагноз у 30-50% больных. Необходимо отметить, что свищевая форма среди обследуемых пациентов с ТПЛУ была у 15 (31,2%) пациентов, т.е. почти у каждого третьего больного. Данная форма в эпидемиологическом плане является запущенным вариантом ТПЛУ и, в свою очередь, заразной формой внелегочного ТБ. Среди пациентов с неспецифическими поражениями осложненных форм течения не было.

У большинства пациентов – 42 человек (93,3%), ТПЛУ протекал как самостоятельная изолированная форма, а в 6 (6,7%) случаях сочетался с поражением легких, которое диагностировано было после выявления ТПЛУ. При изучении анамнестических, диагностика этиологии заболевания занимала в среднем от 2 до 8 месяцев даже при сочетании с легочным вариантом течения ТБ и наличия ВИЧ-положительного статуса у 2 пациентов (4,2%), выявленного в условиях противотуберкулезного стационара. При физикальном обследовании, согласно анатомическому расположению, лимфадениты располагались следующим образом (таб. 2).

Таблица 2 – Локализация пораженных лимфатических узлов

Локализация	Контрольная группа (n=48)		Основная группа (n=42)	
	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Подчелюстные	2	4,3±2,4	4	9,5±4,7
Шейные	37	77±15,8	32	76,4±14,9
Надключичные	4	8,3±4,3	1	2,3±0,7
Подмышечные	5	10,4±6,1	4	9,5±5,6
Паховые	–	–	1	2,3±0,7
Всего	48	100	42	100

Наибольшее число пациентов было с ТПЛУ – 31 (73,8%), у 5 (11,9%) пациентов был диагностирован ТБ подмышечных лимфатических узлов, ТБ надключичных – 5 (10,4%) и подчелюстных лимфатических узлов – 2 (4,3%). Данные нашего исследования подтверждаются статистикой изученной литературы. Как объясняют многие авторы, МБТ проникают в организм через органы дыхания для которых шейные лимфатические узлы являются регионарными и выполняют функцию главного барьера [5, 6]. При этом статистически достоверно разница в локализации специфического процесса и неспецифического лимфаденита не выявлено ($p < 0,001$).

У 33 пациентов (68,8%) ТПЛУ был выявлен впервые и классифицирован по ВОЗ как «Новый случай», а 15 (31,2%) ранее получали противотуберкулезную химиотерапию (в дальнейшем у 5 – диагностирован резистентный ТБ). Как известно, верификация диагноза ТПЛУ, в основном, зависит от

выявления МБТ в лимфатическом узле. Это требует комплексного подхода, т.к. традиционный «золотой стандарт», базирующийся на выявлении культуральными методами на среде Левенштейна-Йенсена в комплексе с бактериоскопией требует слишком длительного времени. Среди пациентов исследуемой группы, обнаружение ДНК МБТ в исследуемом материале проводилось также еще ускоренным методом GenotubeMTB (Hain-test) с определением чувствительности к изониазиду и рифампицину. «+» результат резистентности к данным препаратам получен у 5 (9,8%), пациентов при этом необходимо отметить у 1 (2,1%) больного МБТ оказались только устойчивыми к изониазиду.

Всем 48 (100%) пациентам была проведена в стационаре НЦФ МЗ КР интенсивная фаза химиотерапии 4 противотуберкулезными препаратами основного ряда, из них: 1 (1,9%) пациенту – эмпирическое лечение по полирезистентному ТБ, а 5 (9,8%) пациентам – лечение препаратами резерва по схеме химиотерапии мультирезистентного ТБ. Следует помнить, что у 42 человек (93,3%) это была единственная локализация ТБ и радикальное удаление пораженного узла способствовало быстрому излечению вместе с консервативной химиотерапией. В 6 (6,7%) случаях, при сочетании с легочными вариантами ТБ была отмечена замедленная репаративная способность легочной паренхимы и пораженным лимфатическим узлом.

Выводы. Таким образом, при анализе полученных данных мы установили, ТБ диагностирован у 48 больных, обратившихся лишь на 2-8 месяце активного течения ТБ. ТПЛУ регистрировался у пациентов от 18 до 65 лет, развивался чаще в 68,7% у женщин, в 6,7% случаев протекал на фоне активного ТБ органов дыхания и в 4,2% - с ВИЧ инфекцией. У 37 (77±15,8%) больных ТПЛУ

локализовался в шейных лимфоузлах. Почти у каждого третьего больного (31,2%) ТПЛУ диагностировался в эпидемиологически опасном (запущенном) – свищевом варианте течения, это должно насторожить специалистов первичного звена здравоохранения в опасности распространения ТБ инфекции даже при внелегочной локализации специфического процесса.

Литература:

1. Аксенова В.А. Внелегочный туберкулез у детей в России / В.А. Аксенова // Актуальные вопросы выявления внелегочного туберкулеза: Всерос. науч.-практ. конф., СПб, 2006. – С. 15–17.
2. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2013 – 2014 гг.: Республиканский медико-информационный центр МЗ КР. – Б.: Азия Технографика, 2014. – 354 с.
3. Левашев Ю.Н. Внелегочный туберкулез в России: официальная статистика и реальность / Ю. Н. Левашев, А. Ю. Мушкин, А. Н. Гришко // Проблемы туберкулеза, 2006. – № 11. –С. 9–12.
4. Перельман М.И. Фтизиатрия: учебник / М.И. Перельман, И.В. Богдельникова. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 448 с.
5. Макарова У.Е. Клинико-морфологическая характеристика туберкулеза периферических лимфатических узлов / У. Е. Макарова // Проблемы туберкулеза, 2008. –№ 1. – С. 17–19.
6. Разнатовская Е.Н. Туберкулез периферических узлов / Е.Н. Разнатовская, О.С. Друзенко // Запорожский медицинский журнал, 2012. –№ 3 (72).
7. Chinmay Khandkar, Zinta Harrington, Peter J. Jelfs / Epidemiology of Peripheral Lymph Node Tuberculosis and Genotyping of M. tuberculosis Strains: A Case-Control Study/PLoS One. 2015; 10(7): e0132400.
8. Shahrzad Mohseni MD, Abolfazl Shojaiefard, MD, Zhamak Khorgami/Peripheral Lymphadenopathy: Approach and Diagnostic Tools/Iran J Med Sci. 2014 Mar; 39(2 Suppl): 158–170.

Рецензент: к.м.н. Токтогонова А.А.