

*АО « МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
АСТАНА »*

СРС

Туберкулез периферических лимфатических узлов

Выполнил: Жаксылык Ж.Н.

420 ОМ

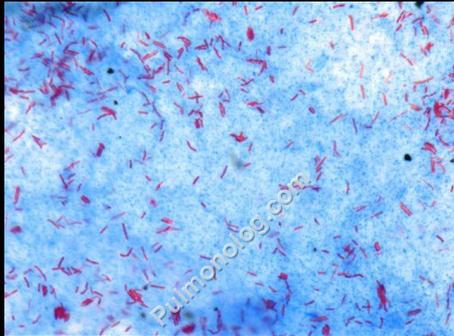
Проверила: Нашенова Г. Б.

Туберкулез периферических лимфатических узлов — хроническое инфекционное заболевание, характеризующееся образованием специфического гранулематозного воспаления лимфоидной ткани, при котором в 30% случаев присутствуют и другие локализации туберкулеза.



ЭТИОЛОГИЯ

Возбудителем туберкулеза лимфатических узлов чаще всего является человеческий вид микобактерии туберкулеза, но в тех местах, где неблагополучная эпизоотическая ситуация по туберкулезу, значительное место занимают микобактерии бычьего вида.



ПАТОГЕНЕЗ

Туберкулез периферических лимфатических узлов при первичном заражении развивается в основном у детей и подростков. Заражение туберкулезом лимфатических узлов происходит лимфогематогенным путем. При этом через поврежденную слизистую оболочку рта или через кариозные поражения зубов инфекция проникает в регионарные лимфатические узлы. Чаще поражаются подчелюстные, шейные, подбородочные, реже — подмышечные и другие узлы. Поражение может быть изолированным или сочетаться с туберкулезом других органов.

В соответствии с классификацией Н.А.Шмелева (1953) различают три формы туберкулеза периферических лимфатических узлов:

- Инфильтративную**
 - Казеозно-некротическую**
 - Индуративную**
-

ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ФОРМА



- возникает в раннем периоде заболевания. Характеризуется воспалительной инфильтрацией лимфатического узла (одного или нескольких) с образованием туберкулезных гранулем.
- Заболевание чаще начинается остро, температура тела повышается до 38—39 °С, ухудшается общее состояние, быстро увеличиваются лимфатические узлы.
- При пальпации они лишь слегка болезненны, плотной или плотноэластической консистенции. Нередко лимфатические узлы сливаются в конгломераты, спаянные с подкожной клетчаткой вследствие вовлечения в процесс окружающих тканей — периаденита.
- Кожа над узлами не изменена. Увеличение периферических узлов возможно и без выраженных перифокальных явлений и симптомов интоксикации. В дальнейшем в лимфатических узлах развивается фиброз.

КАЗЕОЗНАЯ ФОРМА



-развивается при несвоевременной диагностике и дальнейшем прогрессировании процесса, характеризуется формированием в лимфатических узлах очагов казеозного некроза.

-симптомы интоксикации нарастают; пораженные лимфатические узлы становятся резко болезненными, кожа над ними гиперемирована, истончена, появляется флюктуация, образуется абсцесс. В 10% случаев могут произойти расплавление и прорыв казеозно-некротических масс с образованием свищей с густым гнойным отделяемым, обычно серовато-белого цвета, без запаха.

-после опорожнения лимфатических узлов температура тела снижается, уменьшается болезненность, свищи медленно заживают с образованием характерных рубцов в виде уздечек или сосочков. При неполном опорожнении узлов заболевание приобретает хроническое течение с периодическими обострениями.

ИНДУРАТИВНАЯ ФОРМА



-развивается в тех случаях, когда под влиянием терапии или без таковой казеозные массы лимфатических узлов не прорываются. Воспалительные изменения стихают, казеозные массы обызвествляются. Лимфатические узлы уменьшаются в размерах, становятся плотными, заболевание приобретает склонность к волнообразному течению.

-у небольшой части больных оно протекает малосимптомно и диагностируется главным образом при профилактических осмотрах. При поздней диагностике развивающиеся в лимфатическом узле казеозные и индуративные изменения значительно затрудняют лечение.

ДИАГНОСТИКА

- ✓ Диагноз ставят, как правило, на основании **биопсии**. Взятый для биопсии лимфатический узел исследуют как на МБТ, так и гистологически. 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.
- ✓ При **рентгенологическом исследовании** (рентгенография мягких тканей в области увеличенных лимфатических узлов, грудной и брюшной полости) в уплотненных периферических лимфатических узлах можно выявить мелкие кальцинаты, что указывает на туберкулезную природу заболевания (для туберкулеза характерно обызвествление в центре лимфатического узла и сохранение необызвествленной капсулы).
- ✓ На рентгенограмме органов грудной клетки в 1/3 случаев выявляются петрификаты, возможно также выявление активного туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов и/или легких.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проводится с

- лимфаденитами нетуберкулезной этиологии
- бруцеллезом
- туляремией
- лимфогранулематозом
- срединными и боковыми кистами шеи
- метастазами злокачественных опухолей в лимфатические узлы.

Решающее значение при сомнении в диагнозе имеют результаты цитологического исследования пунктата или гистологического исследования биоптата патологически **измененного лимфатического узла.**

ЛЕЧЕНИЕ

Проводится в соответствии с общими принципами противотуберкулезной терапии с учетом формы туберкулеза периферических лимфатических узлов, длительности болезни и характера специфических изменений в других органах. При впервые выявленном активном туберкулезе периферических лимфатических узлов лечение проводят в стационаре. При наличии свищей в свищевые ходы вводят препараты протеолитических ферментов. Проводят общеукрепляющую, гипосенсибилизирующую и стимулирующую терапию. Рекомендуется санаторно-курортное лечение. Рано начатое комбинированное лечение антибиотиками и химиопрепаратами (стрептомицин, ПАСК, тибон, фтивазид) в комплексе с санаторным режимом значительно укорачивает длительность заболевания и предупреждает в некоторых случаях развитие свищевых форм.

- При хронически текущих изолированных лимфаденитах некоторые рекомендуют лечение лимфой и туберкулином, местное облучение солнцем, кварцем и рентгеновыми лучами.
- Облучение солнцем проводится в утренние часы (до 11 часов в средней полосе и до 9—10 часов на юге), применяется местно — на область пораженных лимфатических узлов. Начинают с 5 минут и, прибавляя ежедневно по 5 минут, доводят длительность облучения до 30—40 минут; общий курс лечения до 1 1/2 — 2 месяцев.
- При пользовании калориметрией вначале дают 3—5 малых калорий на 1 см² и каждый раз, прибавляя по 5, доводят до 30 малых калорий.
- При рентгенотерапии облучают небольшое поле (6x8 см), кожно-фокусное расстояние 30—40 см, 150 kV, фильтр 3 мм алюминия. Применяют малые дозы: 15—20 г, не больше 60 г, с интервалами в 5—7 дней.
- Ртутно-кварцевое облучение области лимфаденита начинается с 1/4 - 1/2 биодозы, с постепенным повышением в 4—5 раз против первоначальной дозы, проводится через 1—2 дня.

Непереносимость препаратов и токсические явления у детей наблюдаются реже, чем у взрослых. В таких случаях возникают :

- кожные зудящие сыпи
- неприятные ощущения в области сердца, сердцебиения
- повышенная нервная возбудимость
- тошнота и рвота
- болезненность в области печени и увеличение ее
- изменения картины крови (эозинофилия)
- появление белка в моче и т. д.

Поэтому рекомендуется проводить лечение под постоянным врачебным наблюдением и под контролем лабораторных анализов мочи и крови. Нередко удается устранить повышенную чувствительность к препаратам путем уменьшения суточной дозы или временного прекращения лечения.