
Случай из практики

СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ И МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И СТЕНКИ ТОНКОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА

Чеботарева Т.В.*¹, доктор медицинских наук,
Облогина Л.И.¹, кандидат медицинских наук,
Косинова А.М.³,
Конкина Е.А.², доктор медицинских наук,
Демидов В.И.², кандидат медицинских наук,
Чеботарева А.А.³, кандидат медицинских наук

¹ Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

² Кафедра патологической анатомии с секционным курсом ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

³ ГУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер им. М.Б. Стоюнина», 153000, Иваново, Крутицкая, 27

Ключевые слова: внелегочный туберкулез, периферические и мезентериальные лимфатические узлы, тонкая кишка, дети.

* Ответственный за переписку (corresponding author): тел.: (4932) 32-98-92.

На протяжении длительного периода развития детской противотуберкулезной службы проблема внелегочного туберкулеза остается актуальной. Это связано со многими причинами, и прежде всего с особенностями патогенеза раннего периода первичной туберкулезной инфекции: склонностью к лимфогематогенной диссеминации, гиперергической чувствительностью организма и готовностью тканей к восприятию возбудителя, незрелостью клеточного иммунитета. Вместе с тем, нельзя исключить и трудности своевременной диагностики внелегочных форм туберкулеза, что приводит к их «недовыявлению» или несвоевременной постановке диагноза, сложностям лечения, а нередко и прогноза.

Первичное инфицирование микобактериями туберкулеза (МБТ) может наступить в любом возрасте, но чаще это наблюдается у детей дошкольного и школьного возраста, когда расширяется круг их общения и возрастает возможность встречи с больными активным туберкулезом. При первичном инфицировании возбудитель туберку-

леза может быть занесен в любые органы, в т.ч. в лимфатическую систему.

В связи с указанным выявление раннего периода туберкулезной инфекции является важным обстоятельством дальнейшей организации противотуберкулезных профилактических мероприятий, поскольку их отсутствие – серьезный фактор риска развития локальной формы туберкулеза.

Рассмотрим историю болезни ребенка с генерализованным туберкулезом (туберкулез шейных и мезентериальных лимфатических узлов, туберкулез кишечника и брюшины). Мальчик (житель района) заболел в возрасте 7 лет. Появились жалобы на увеличение шейных лимфатических узлов, болезненности не было. Из анамнеза известно, что ребенок родился недоношенным с массой тела 1900 г, вакцинирован вакциной БЦЖ-М, поствакцинальный знак отсутствовал. Со слов родителей, в контакте с больными туберкулезом не состоял, в пищу употреблял парное коровье молоко. Корова на туберкулез не обследовалась. Состояние при поступлении удовлетворительное,

Chebotareva T.V., Oblogina L.I., Kosinova A.M., Konkina E.A., Demidov V.I., Chebotareva A.A.

CASE OF GENERALIZED TUBERCULOSIS OF PERIPHERAL AND MESENTERIC LYMPH NODES SO AS SMALL INTESTINE WALL IN A CHILD

Key words: extra-pulmonary tuberculosis, peripheral and mesenteric lymph nodes, small intestine, children.

симптомы интоксикации выражены умеренно. Пальпировались шейные лимфатические узлы до 1,5 см в диаметре, безболезненные, эластичные, подвижные. По данным туберкулиновых реакций, перенес ранний период туберкулезной инфекции в 5 лет. В это время профилактическое лечение не назначалось. При поступлении в противотуберкулезное учреждение внутрикожная проба Манту с 2ТЕ PPD-L оказалась положительной (папула – 8 мм). Изменений со стороны легких, внутригрудных лимфатических узлов не отмечалось. Была выполнена биопсия шейного лимфатического узла. При гистологическом исследовании элементы туберкулезной гранулемы отсутствовали. Изменения были характерны для неспецифического лимфаденита. Мальчик

выписан под наблюдение педиатра. Через 2 месяца ребенок повторно был вызван на дообследование. В это время определялось дальнейшее увеличение и болезненность шейного лимфатического узла. Повторно была выполнена биопсия. При морфологическом обследовании биоптата (№ 481), окраска гематоксилином и эозином, увеличение 100) выявлены очаги некроза с перифокальной клеточной (лимфоцитарной) инфильтрацией, очаговыми кровоизлияниями (рис. 1). Одновременно появились симптомы кишечной непроходимости. Была выполнена лапаротомия с биопсией мезентериальных лимфатических узлов и резекцией части тонкого кишечника. При гистологическом исследовании стенки тонкой кишки определялась язва, на дне которой имелась

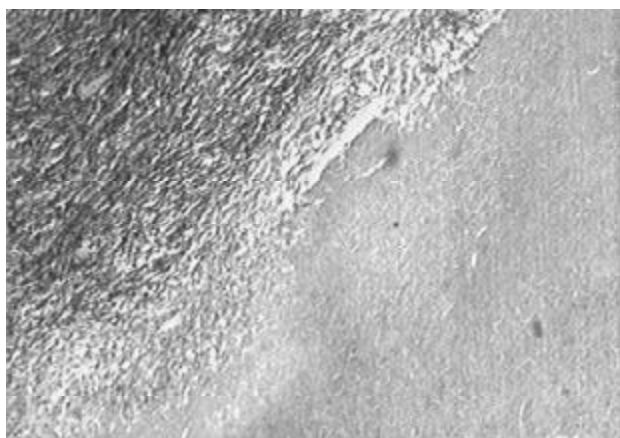


Рис. 1. Шейный лимфатический узел. Увеличение $\times 100$. Очаги казеозного некроза с перифокальной лимфоцитарной реакцией и очаговыми кровоизлияниями

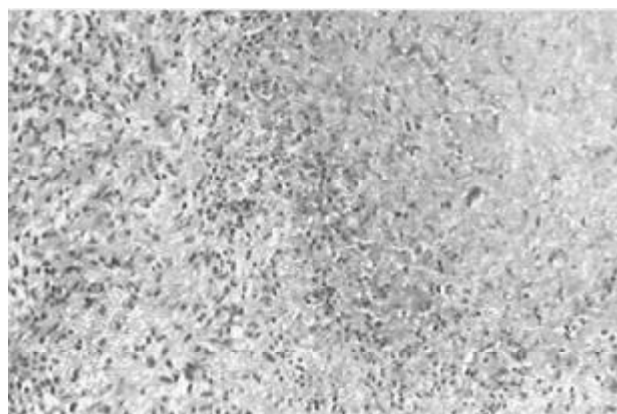


Рис. 2. Мезентериальный лимфатический узел. Увеличение $\times 40$. Зона казеоза с перифокальным разрастанием грануляционной ткани и её последующим фиброзом

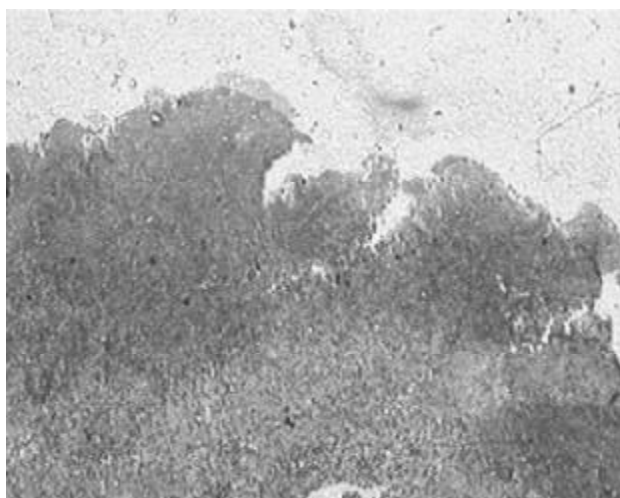


Рис. 3. Туберкулёзная язва слизистой оболочки тонкой кишки (фрагмент дна). Увеличение $\times 40$. Зона казеозного некроза с облаками клеточных ядер и очаговыми кровоизлияниями

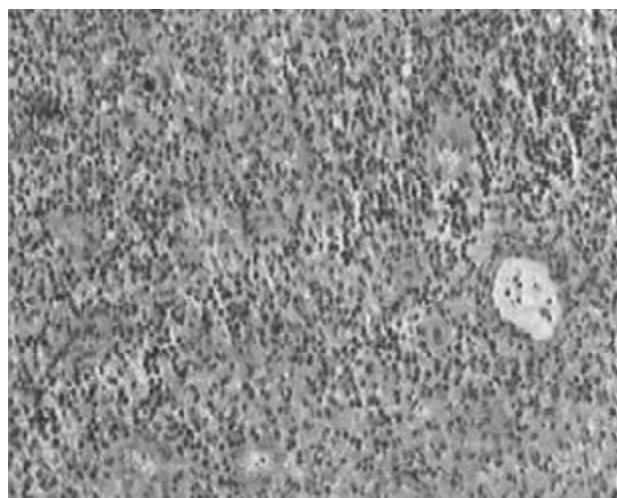


Рис. 4. Язва слизистой оболочки тонкой кишки. Увеличение $\times 100$. Разрастание грануляционной ткани в дне язвенного дефекта

зона казеозного некроза с облаками клеточных ядер и очаговыми кровоизлияниями. В мезентериальном лимфатическом узле также имелась зона казеоза с перифокальным разрастанием грануляционной ткани и последующим фиброзом (рис. 2, 3, 4). Таким образом, при морфологическом исследовании был установлен клинический диагноз – генерализованный туберкулез: казеозно-некротический туберкулез шейных мезентериальных лимфатических узлов, язвенный туберкулез слизистой оболочки тонкой кишки. Ребенку было назначено активное противотуберкулезное лечение. Основной курс противотуберкулезной химиотерапии у больного продолжался в течение 18 месяцев. В настоящее время ребенок здоров, переведен для дальнейшего наблюдения в IIIБ группу диспансерного учета.

Итак, у данного пациента заболевание началось с поражения шейных лимфатических узлов, которое протекало малосимптомно и характеризовалось только их увеличением. При морфологическом

изучении субстрата удаленного лимфатического узла были выявлены признаки неспецифической лимфоаденопатии. Однако в дальнейшем, уже через 2 месяца, последовало лимфогематогенное рассеивание туберкулезной инфекции, что привело к развитию абдоминального туберкулеза. В данном клиническом наблюдении нельзя исключить возможность алиментарного заражения возбудителем туберкулеза бычьего вида через парное молоко, поскольку домашняя корова на туберкулез обследована не была.

Таким образом, для предупреждения развития локального туберкулеза детям с установленным выражением туберкулиновой реакции необходимо проведение противотуберкулезного профилактического лечения в условиях противотуберкулезного учреждения. Классическим методом верификации туберкулеза лимфатической системы является биопсия лимфатических узлов с последующим морфологическим изучением биоптата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коржавина Г.И., Севрюков В.Н., Соколина О.В. Особенности клиники и течения туберкулеза периферических лимфатических узлов // Сб. резюме II (XII) съезда фтизиатров. – Саратов, 1994. – С. 199.
2. Внелегочный туберкулез: Рук-во для врачей. – СПб., 2000. – С. 410–415.
3. Охорзина Н.А. Диагностика и лечение туберкулеза периферических лимфатических узлов у детей // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких. – 2003. – № 1. – С. 36–39.

Поступила 10.07.2009 г.