

ТУБЕРКУЛЕЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ: ПАРАДОКСАЛЬНОЕ ТЕЧЕНИЕ У БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Е. В. КУЛЬЧАВЕНЯ^{1,2}, С. Л. НАРЫШКИНА¹, В. Т. ХОМЯКОВ¹, В. А. КРАСНОВ^{1,2}, Е. В. БРИЖАТЮК¹, А. В. ОСАДЧИЙ¹

PERIPHERAL LYMPH NODE TUBERCULOSIS: ITS PARADOXICAL COURSE IN A HIV-INFECTED PATIENT

E. V. KULCHAVENYA^{1,2}, S. L. NARYSHKINA¹, V. T. KHOMYAKOV¹, V. A. KRASNOV^{1,2}, E. V. BRIZHATYUK¹, A. V. OSADCHIY¹

¹ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Периферическая лимфатическая система инфицируется микобактерией туберкулеза (МБТ) во время лимфогенной диссеминации, но не у всех пациентов развивается клинически документированное поражение лимфоузлов. Фагоцитировавшие микобактерию макрофаги выделяют на поверхности маркеры, способствующие продукции провоспалительных цитокинов и хемокинов, основная роль которых заключается в блокировании распространения инфекции путем рекрутирования лимфоцитов и моноцитов в очаге воспаления. Однако в случае заражения на данном фоне вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) эти сигналы значительно увеличивают как восприимчивость к инфицированию вирусом, так и способность вируса проникать внутрь клетки и реплицироваться. В отсутствие эффективного иммунного ответа МБТ может бесконтрольно размножаться внутри макрофага, приводя в конечном итоге к его гибели. Как следствие, возникает очередная волна диссеминации с преимущественным поражением органов вне бронхолегочной системы [6]; особенно уязвимой у больных ВИЧ-инфекцией является периферическая лимфатическая система [1]. Вероятно, именно этот факт на фоне роста распространения ВИЧ-инфекции в мире послужил основой для прогноза смещения в структуре заболеваемости экстраторакальным туберкулезом в сторону лимфоузлов; однако эти прогнозы оправдались только в отношении развитых стран с низкой заболеваемостью туберкулезом [3]. Анализ структуры заболеваемости экстраторакальным туберкулезом в Сибири и на Дальнем Востоке за 13 лет, проведенный нами ранее [5], показал относительно стабильную кривую доли туберкулеза периферических лимфоузлов (ТПЛУ) и даже с некоторой тенденцией к понижению. Максимальное число больных ТПЛУ (16,5%) выявлено в 2008 г., в следующем году показатель снизился до минимума (11,0%), затем опять вернулся на средневзвешенную позицию 12-13%.

ТПЛУ, несмотря на кажущуюся относительную безопасность, является одной из самых сложных для излечения форм экстраторакального туберкулеза, со склонностью к непрерывно-рецидивирующему течению, абсцедированию, генерализации процесса даже у пациентов без ВИЧ. Наглядным примером является история болезни Г. В., 24 года.

Анамнез заболевания: в мае 2007 г. впервые появились припухлость и боль в правой половине шеи, повышение температуры тела до 38°C. Лечился амбулаторно (антибактериальная терапия и физиопроцедуры) по поводу «миозита». Однако лечение эффекта не дало, и чуть позже четко определились увеличенные лимфоузлы. Выполнили пункционную биопсию, но в связи с ее малой информативностью пришлось удалить лимфатический узел (открытая биопсия). Гистологическое исследование операционного материала выявило туберкулез. С июня 2007 г. лечился в санатории «Мочище» по 1-му режиму стандартной химиотерапии, определенной приказом МЗ и СР № 109 от 2003 г., на этом фоне узлы абсцедировали. Трижды проводили вскрытие и дренирование абсцессов, лимфаденэктомию. Выписан в декабре 2007 г. с неполной клинической стабилизацией процесса; рекомендован прием E + Z + Pt + Лево амбулаторно. На фоне проводимой терапии в зоне послеоперационного рубца в подчелюстной области появились гиперемия, увеличение лимфоузла с зоной размягчения в центре, в связи с чем 07.04.2008 г. поступил в ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России для лечения.

Анамнез жизни: контакт с больными туберкулезом отрицает. Простудные заболевания редко, алкоголем не злоупотребляет, материально-бытовые условия удовлетворительные. Непереносимости лекарственных веществ нет. В надключичной области справа определяются два послеоперационных рубца. Под ними пальпируется группа увеличенных (2,5-3,0 см),

плотных, умеренно болезненных лимфоузлов, отграниченных от окружающих тканей. В подчелюстной области – гиперемия вокруг старого послеоперационного рубца, пальпируется увеличенный болезненный лимфоузел 1,0-1,5 см в диаметре с зоной размягчения. Диагноз при поступлении: туберкулез периферических лимфоузлов шейного отдела, абсцедирование.

Данные клинико-лабораторного обследования: кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) в отделяемом свища с помощью люминесцентного метода 17.04.2008 г., 23.04.2008 г. не обнаружены. Посев на МБТ отделяемого свища от 17.04.2008 г., 16.06.2008 г. роста не дал. Роста неспецифической микрофлоры также не получено.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции с томографией средостения от 22.07.2008 г.: очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

Больному назначили индивидуальную схему лечения (Н – 0,6 г, Z – 1,5 г, Ps – 12,0 г, Cs – 0,75 г, Fq, A – 1,0 г) в ежедневном режиме, комплексную патогенетическую терапию. На ее фоне 07.07.2008 г. выполнена лимфаденэктомия на шее справа, 26.01.2009 г. – слева. Послеоперационный период в обоих случаях протекал без осложнений. Гистологическое заключение и в июле, и в январе – туберкулез, острое течение, экссудативная фаза. Только к апрелю 2009 г. была достигнута относительная стабилизация процесса; тем не менее полного заживления раны не достигнуто.

Внешний вид больного Г. В. после двух лет консервативной терапии и шести хирургических вмешательств представлен на рис. 1.

В противовес первому примеру наблюдали неожиданно благоприятное течение заболевания у пациента с ВИЧ-инфекцией, что демонстрирует пример 2.

Б. С., 29 лет, житель Новосибирской области. Поступил в ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России 29.03.2013 г. с жалобами на боль в области шейных лимфоузлов, подъем температуры до 37,4°C вечером, потливость.

Анамнез заболевания: примерно один год назад, после освобождения из мест лишения свободы, был выявлен туберкулез шейных лимфатических узлов, гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция. Получал 2 мес. противотуберкулезную терапию на фоне антиретровирусного лечения, затем прекратил, поскольку отметил достаточно хороший результат. Через 6 мес. вновь воспалились лимфатические узлы, амбулаторная терапия в противотуберкулезном диспансере без эффекта, в связи с чем направлен на госпитализацию в ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России.

Анамнез жизни: контакт с больным туберкулезом в семье (гражданская жена) и в местах лишения свободы. Материально-бытовые условия



Рис. 1. Свищевая форма туберкулезного лимфаденита иммунокомпетентного пациента Г. В. – после лечения

удовлетворительные. Перенесенные заболевания: часто респираторные вирусные заболевания. По наружному краю кивательной мышцы с обеих сторон визуализируются резко увеличенные (до 3-4 см) пакеты шейных лимфоузлов, плотные, болезненные, с признаками размягчения в центре.

Диагноз при поступлении: двусторонний туберкулез шейных лимфоузлов (абсцедирование), МБТ.

Результаты проведенных исследований: КУМ при бактериоскопии мокроты и мочи (люминесцентный метод) от 20.05.2013 г. не обнаружены. В мокроте получен рост *Streptococcus viridans* group 5 × 10⁴ КОЕ/мл; *Neisseria non-meningitidis* 5 × 10⁴ КОЕ/мл; *Staphylococcus spp.* < 10³ КОЕ/мл; *Candida albicans* > 10³ КОЕ/мл. Исследование Bactec 960 от 20.05.2013 г. – в мокроте МБТ не выявлены. Бактериоскопия отделяемого лимфокожного свища от 05.04.2013 г. – 10-99 КУМ в препарате.

Томография органов грудной клетки от 20.05.2013 г.: выявлены единичные очаги в С6, средней доле справа, в С4 слева. Томография органов грудной клетки от 14.06.2013 г.: динамики нет. В обоих легких (в С6, средней доле справа, в С4 слева) сохраняются единичные очаговые уплотнения, имеющие прежние характеристики. Продолжают визуализироваться неувеличенные лимфоузлы в средостении и корнях легких, количество и размеры их не изменились. Жидкости в плевральных полостях нет. Пройодимость брон-



Рис. 2. Свищевая форма туберкулезного лимфаденита иммуносупрессированного пациента Б. С. – после лечения

хов 1-3-го порядка не нарушена. Заключение: очаговый туберкулез 6-го, 4-го сегментов правого легкого в фазе рассасывания и уплотнения.

Больному проводили лечение по индивидуальному режиму: Н – 0,6 г внутривенно капельно, внутрь OfI – 0,4 г, Pas – 8,0 г, Z – 1,5 г, Rb – 0,6 г, E – 1,2 г. Лечение было согласовано с инфекционистом, проводившим одновременно антиретровирусную терапию. 04.04.2013 г. выполнена абсцессотомия шейной области с обеих сторон, послеоперационный период протекал без осложнений, с быстрым заживлением раны. Исследование на Bactec 950 от 05.04.2013 г. – из операционного материала выделены МБТ.

Внешний вид больного Б. С. представлен на рис. 2.

Диагноз при выписке: очаговый туберкулез С6, 4 правого легкого в фазе рассасывания и уплотнения. МБТ-. Туберкулез периферических (шейных) лимфатических узлов. Абсцедирующая форма.

МБТ+. Состояние после вскрытия и дренирования абсцесса шейной области с обеих сторон, 1а группа диспансерного учета, ВИЧ-инфекция. Стадия вторичных заболеваний. Фаза ремиссии. Хронические вирусные гепатиты В и С.

Таким образом, мы наблюдали рецидивирующее течение туберкулеза периферических лимфатических узлов у социально благополучного пациента без ВИЧ-инфекции и благоприятный исход аналогичного заболевания у социально-деадаптированного больного с ВИЧ-инфекцией, получавшего антиретровирусную терапию вместе с противотуберкулезными препаратами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волювинская Л. С., Шевелев П. В., Глазкова Н. А. и др. Основные рентгенологические признаки и синдромы, выявляемые у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом легких // Пробл. туб. у больных ВИЧ-инфекцией / Под общ. ред. О. П. Фроловой. – Бюллетень № 11. – М. – Тверь: Триада, 2011. – С. 21.
2. Кравченко А. В., Фролова О. П. Клинические аспекты туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.
3. Кульчавеня Е. В., Жукова И. И., Брижатиук Е. В. и др. Динамика эпидемической ситуации по внелегочному туберкулезу в Сибири и на Дальнем Востоке // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 2. – С. 143-147.
4. Кульчавеня Е. В., Филимонов П. Н. Атлас туберкулеза внелегочных локализаций. – LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. – 129 с.
5. Kulchavenya E. Epidemiology of urogenital tuberculosis in Siberia. AJIC // Am. J. Infect. Control. – 2013. – Vol. 41, Issue 10. – P. 945-946.
6. Mariani F, Goletti D, Ciarabella A. et al. Macrophage response to *Mycobacterium tuberculosis* during HIV infection: relationships between macrophage activation and apoptosis // Curr. Mol. Med. – 2001. – Vol. 1, № 2. – P. 209-216.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

Кульчавеня Екатерина Валерьевна
ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор,
главный научный сотрудник.
630040, г. Новосибирск, ул. Охотская, д. 81а.
Тел.: 8 (383) 203-79-89
E-mail: urotub@yandex.ru

Поступила 21.12.2013