

356.33:616.428[617.53]—002.5—07

K PROBLÉMU VČASNEJ DIAGNÓZY TBC KRČNÝCH LYMFATICKÝCH UZLÍN U VOJAKOV

Pplk. MUDr. Anton RÁKAY, mjr. MUDr. Anton KRIŠÁK, MUDr. Oldřich SKOKAN

Vojenský ústav pre choroby pľúcne, Nová Polianka

(náčelník plk. MUDr. Dušan Skokňa, CSc.)

Niektoré poznatky z praxe ukazujú, že jedným z typických variantov tuberkulózneho ochorenia, pri diferenciálnej diagnostike ktorého sa neúnosne často zabúda na možnosť špecifickej etiológie, je tbc krčných lymfatických uzlín. Závažnosť tohoto faktu vynikne, ak si uvedomíme, že špecifické lézie krčných uzlín podľa Virsika (6) reprezentujú asi 90 % všetkých extratorakálnych uzlinových tuberkulóz, pričom častejšie sa vyskytuje iba osteoartikulárna tbc. Hager-Malecka a Kobierska-Sczepańska (3) na základe systematických vyšetrení v rozpätí rokov 1952 až 1966 potvrdili, že predpoklady o všeobecnom ústupe tbc krčných uzlín nie sú oprávnené. Uličná a Horáček (4) uvádzajú, že napríklad v juhomoravskom kraji sa táto forma tuberkulózy vyskytuje čoraz častejšie a vysvetlenie vidia v jednostrannom zanedbaní dôslednej preventívno-liečebnej starostlivosti pri porovnaní s úrovňou depistážnych a dispenzárných opatrení pri iných formách tuberkulózy, najmä pľúcnej.

Aj koncepcia protituberkulózneho boja v ar-

máde sa orientuje na aktívne vyhľadavanie prevažne pľúcnej tuberkulózy a v praxi sa často presvedčujeme, že mimopľúcny formám tbc sa nevenuje organizovaná a cieľavedomá preventívna starostlivosť. Preto sme sa rozhodli podrobnejšie sa zaoberať súčasnou úrovňou včasnej diagnostiky tbc krčných lymfatických uzlín u vojakov a zhodnotiť vliv niektorých faktorov na efekt antituberkulotického liečenia a na ďalší osud chorých vojakov. U 52 vojakov, ktorí sa v rokoch 1958 až 1968 liečili v našom ústave pre tbc krčných uzlín, sme uskutočnili hlbší rozbor okolností vzniku ochorenia, študovali sme podmienky, spôsob a pohotovosť pri stanovení správnej diagnózy a skúmali sme, ako tieto momenty ovplyvňujú riziko komplikácií, dĺžku liečenia a schopnosť vykonávania vojenskej služby. Študovaný súbor reprezentuje 11 vojakov z povolania a 41 vojakov v základnej službe (z toho 24 vojakov prvého a 17 vojakov druhého ročníka). V tejto skupine absolútne prevažujú mladí vojaci vo veku 18 až 21 rokov.

U veľkej časti našich chorých súvislý komplex

nedostatkov pri včasnej diagnostike začínal už pri rozboře anamnestických údajov. V predchodí 52 vojakov v 23 % prípadov bola v rodine alebo v príbuzenstve pľúcna alebo mimopľúcna tuberkulóza, 9,6 % pacientov dávnejšie prekonalo pľúcny alebo extrapulmonálny špecifický proces a asi v 38,5 % prípadov sa dal predpokladať možný kontakt so zdrojom humánnej alebo bovínej tbc v čase pred vznikom špecifického ochorenia krčných lymfatických uzlín.

Do tejto poslednej skupiny zahrňujeme anamnestické údaje o styku s tbc chorými mimo rámec rodinnej expozície, tj. kontakty na pracovisku, pri výkone vojenskej služby apod. Celkovo teda prevažná väčšina chorých vojakov mala v anamnéze moment kontaktu s tuberkulózou, ktorý sa pri diferenciácii uzlinového ochorenia dostatočne nevyhodnotil.

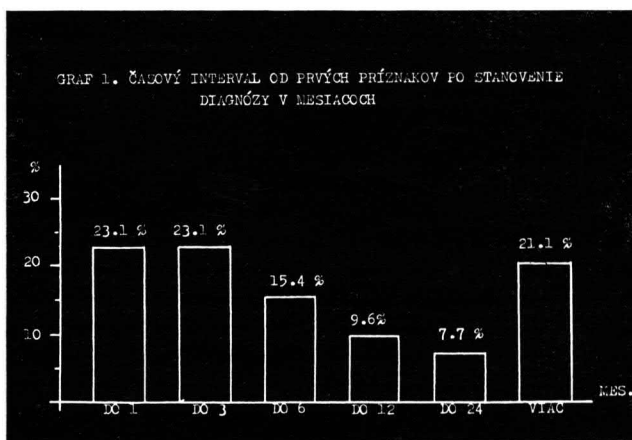
Prvé klinické prejavy ochorenia sa len asi v 7,4 % prípadov zistili pri cielenej alebo náhodnej preventívnej prehliadke a všetci ostatní pacienti sami požiadali o odborné vyšetrenie na základe výrazných, alebo menej nápadných klinických ťažkostí. Pri začiatku ochorenia v klinickom obraze z lokálnych príznakov dominovalo predovšetkým zdurenie krčných uzlín, prítomné v 53,8 % prípadov bilaterálne a u ostatných chorých len na jednej strane krku s prevažujúcou pravostrannou lokalizáciou procesu v pomere 1,6:1. Infiltráciu uzlín v 23 % prípadov sprevádzali lokálne bolesti, menej často si chorí sťažovali na pocit tlaku na krku (9,6 %), obmedzenie jeho pohyblivosti (7,7 %) a ťažkosť pri prehltaní (5,7 %). V niektorých prípadoch chorí sami upozorňovali na lokálne prejavy zápalu (5,4 %), alebo hnisanie uzliny s vytvorením fistuly (9,6 %). Z celkových príznakov sa v 26,9 % prípadov objavili horúčky, ojedinele s triaškou a v 3,5 % prípadov bolo možné pozorovať kompletne rozvinutý obraz tuberkulózneho intoxikácie. Ako sme už uviedli, v popredí objektívneho nálezu u našich chorých bolo časté bolestivé zväčšenie krčných lymfatických uzlín. Špecifické lézie sa dokázali prakticky vo všetkých uzlinových skupinách krčnej oblasti (tab. 1.), ale absolútne prevažovali v laterálnej krčnej (40,3 %) a v submandibulárnej uzlinovej aglomerácii (26,9 %). U 4 chorých boli súčasne postihnuté krčné a axilárne alebo inguinálne lymfatické uzlinové elementy.

TAB. 1

FREKVENCIA TBC V UZLINOVÝCH SKUPINÁCH KRKU

LATERÁLNE KRČNÉ	21	SUBMANDIBULÁRNE	14
VENTRÁLNE KRČNÉ	5	SUBMENTÁLNE	4
PAROTIDEÁLNE	2	RETROAURIKULÁRNE	1
NADKŤÚČKOVÉ	1	KRČNÉ + AXIL + IN GVIN	4

Pri rozboře časového intervalu, ktorý uplynul od objavenia sa prvých príznakov uzlinovej tbc až do stanovenia správnej diagnózy, výrazne vystupuje do popredia moment podceňovania ochorenia zo strany lekára i chorého. Napriek tomu, že veľká časť chorých mala charakteristickú špecifickú anamnézu a veľmi typický klinický syndróm, v 28,8 % prípadov sa etiológia uzlinového procesu ozrejmla až po uplynutí 2 i viacerých rokov, presne v štvrtine prípadov tento interval trval od 6 do 12 mesiacov a len v 42,6 % prípadov sa etiologicky správna diagnóza stanovila v prijateľnom rozmedzí od 1 do 3 mesiacov od vzniku prvých klinických príznakov (graf 1).



Neúmerne dlhý časový interval od manifestácie prvých klinických ťažkostí až do stanovenia presnej diagnózy treba v časti prípadov pripísať na vrub samotných chorých, u ktorých sa výrazne prejavoval vplyv typicky mužskej tendencie k podceňovaniu kozmetického momentu uzlinového ochorenia v krčnej oblasti. Mnohí chorí, najmä mladí vojaci v základnej službe, prichádzali k lekárovi zvyčajne až po dlhotrvajúcich ťažkostiach alebo po objavení sa komplikácií. Preto neprekvapuje neúnosne veľké percento chorých, u ktorých sa stanovila správna diagnóza s veľkým oneskorením. K tomuto závažnému faktoru pristupuje ešte i moment necenenia možnosti tbc etiologie ochorenia krčných uzlín zo strany útvárových lekárov. V dôsledku toho veľká časť našich chorých sa pred potvrdením špecifického charakteru ochorenia liečila rôzne dlhú dobu nešpecificky a len v 26,9 % prípadov sa proces hneď na začiatku presne etiologicky diferencoval (tab. 2). Ostatní chorí vo-

TAB. 2

PŮVODNÁ DIAGNÓZA PRED STANOVENÍM TBC ETIOLÓGIE

NEŠPEC. LYMFONODITIS	24	TUBERKULÓZA	14
NÁDOR UZLÍN	2	ANGÍNA	4
TORTICOLLIS	2	INÉ OCHORENIA	6

jaci sa kratší alebo dlhší čas liečili pre podozrenie na nešpecifickú lymfonoditídu, angínu, torticollis, tumor uzlín, periostitídu, sialoadenitídu, toxoplazmózu, sarkoidózu, lymfogranulomatózu a iné ochorenia. O tom, že pri diferenciálnej diagnostike uzlinového procesu sa nebrala do úvahy špecifická etiológia, svedčí aj tá okolnosť, že u našich chorých v 78,8 % prípadov sa neurobila ani tuberkulínová reakcia. Pri hodnotení presvedčivosti tuberkulínových reakcií je síce treba brať do úvahy ich konverzibilnosť v závislosti od mnohých faktorov ako aj technické podmienky ich realizácie a odčítania. Napriek tomu však tuberkulínové testy sú schopné v podstatnej miere urýchliť diferenciálno-diagnostickú orientáciu pri rozpoznávaní tuberkulózne krčnej lymfonoditídy. U našich 11 chorých, ktorým sa v prvých štádiách procesu urobila reakcia Mantoux II, bol jej výsledok výrazne pozitívny v 10 prípadoch.

V súbore 52 chorých sa konečná diagnóza iba v 3 prípadoch stanovila len z klinického priebehu a podľa typickej ústupovej reakcie procesu na podávané antituberkulotiká. U všetkých ostatných sa špecifický charakter ochorenia overil mikroskopickým vyšetrením materiálu, získaného pri exstirpácii, excízií alebo punkcií tuberkulózneho lymfómu. Histologický charakter patologicko-anatomických zmien v krčných uzlinách (tab. 3.) jednoznačne ukazuje, že ab-

diného chorého, u ktorého sa zistil humánny typ mykobaktérií. Vzhľadom na tieto výsledky ponechávame v našej práci stranou celú zložitú a zaujímavú problematiku podielu humánneho a bovinneho typu BK na etiopatogenéze tuberkulózy krčných lymfatických uzlín. V tejto súvislosti považujeme za vhodné upozorniť len na dve skutočnosti. Prvou z nich sú veľké rozdiely vo výsledkoch vyšetrení u dospelých a u detí. Kým u nás napríklad Sýkora a spol. (4) dokázali mycobacterium bovis u detí s tbc krčných uzlín ako etiologický agens v 79 % prípadov, u dospelých zistili Babál a Jezerský (1) bovinny typ BK len v 5,7 % prípadov. Za druhé stojí za zmienku opakovaně pozorovaný a štatisticky seriózne podložený fakt všeobecného ústupu počtu tbc ochorení krčných lymfatických uzlín v tých štátoch, kde sa bovinna tuberkulóza už likvidovala. Vychádzajúc z posledných výsledkov protituberkulózneho boja našich veterinárov bude veľmi zaujímavé pozorovať uplatnenie tejto zákonitosti i v našich podmienkach a zvlášť v armáde.

Z klinického obrazu u našich chorých, v ktorom sa vrcholiaca aktivita procesu v 26,9 % prípadov manifestovala horúčnatým syndrómom a z histologického charakteru uzlinových lézií s prevahou kazeifikujúcich foriem je zreteľne vidieť, že vo veľkej časti prípadov sa účinné liečenie antituberkulotikami začalo oneskorene. Najzávažnejším a alarmujúcim momentom, potvrdzujúcim riziko oneskorenej diagnostiky v našom súbore, je skutočnosť, že u vojakov iba v 73 % prípadov bola tbc krčných lymfatických uzlín izolovaným ochorením. U 14 vojakov sa popri tbc lymfonoditíde v 8 prípadoch zistila i súčasná pľúcna tbc, iná mimopľúcna tbc v 3 prípadoch a u 3 ďalších chorých sa dokázala kombinácia pľúcnej a inej mimopľúcnej tuberkulózy. Pľúcny proces u týchto chorých mal zväčša charakter aktívnej ložiskovej alebo diseminovanej tbc, u 1 vojaka s rozpadom a s BK pozitivitou. Extrapulmonálne procesy zistené súčasne so špecifickým ochorením krčných lymfatických uzlín boli zväčša reprezentované tbc lymfonoditídami v axilárnej alebo inguinálnej oblasti a u 1 chorého floridnou tbc koxitídou.

Klinická a histologická charakteristika uzlinového procesu a fakt, že v 27 % prípadoch z nášho súboru sa súčasne dokázal aj iný aktívny pľúcny alebo mimopľúcny tbc proces, nasvedčujú tomu, že pri zanedbaní možnosti včasnej diagnostiky v mnohých prípadoch ochorenie zachytí až v pokročilejšom evolutívnom štádiu, kedy už proces inklinuje ku generalizácii. Preto u našich chorých si charakter a rozsah ochorenia vyžiadali v 88,4 % prípadov práce neschopnosť trvajúcu 9 až 12 mesiacov. V ďalších 11,6 % prípadov si ochorenie vynútilo celkovú pracovnú neschopnosť v trvaní 18 až 24 mesiacov, a to tam, kde popri uzlinovom procese vznikla i iná mimopľúcna alebo pľúcna tuberkulóza. Doba podávania antituberkulotík u prevažnej väčšiny na-

TAB. 3

HISTOLOGICKÝ CHARAKTER TBC LÉZIÍ UZLÍN

KAZEÓZNE PRODUKTÍVNA	18	KAZEÓZNA ABSCEDUJÚCA	13
NEDIFEREN- COVANÁ	10	UZLÍKOVÁ A INFILTRAT.	6
NEVYŠETRENÁ	4	MILIÁRNA	1

solútne prevažujú pokročilé kazeifikujúce a fistulujúce formy, čo treba považovať za dôsledok oneskorenej diagnostiky, schopnej v mnohých prípadoch zachytiť špecifické lézie uzlín spravidla až na vrchole evolutívneho štádia procesu.

Z mnohých prác vo svetovej literatúre je už dostatočne známe, že bakteriologická diagnostika extrapulmonálnej a najmä uzlinovej tuberkulózy neprináša uspokojivé výsledky, napriek tomu, že niekedy, ako to dokázal napríklad Belloni (2), sa virulentné BK nájdu aj v bezpečne kalcifikovaných periférnych uzlinách. Na rôznych oddeleniach, na ktorých sa tbc krčných uzlín diagnostikovala, sa u našich chorých v 37 prípadoch BK vôbec nevyšetrili a u 3 vojakov nie sú k dispozícii spoľahlivé údaje. U 12 chorých, u ktorých sa realizovalo bakteriologické vyšetrenie, boli výsledky 10krát negatívne a len v 2 prípadoch sa dokázali BK mikroskopicky i kultivačne. Typizácia BK sa uskutočnila iba u je-

ších chorých trvala 1,5 až 2 roky. S celkovým antimikrobiálnym liečením sme vystačili len v 5,7 % prípadov a u všetkých ostatných vojakov sa podávanie antituberkulotík kombinovalo s lokálnym chirurgickým zákrokom. V 57,6 % prípadov sa urobila extirpácia uzlín, v 13,4 % prípadov rozsiahla lymfonodektómia a u ostatných chorých vojakov sa robili punkcie lymfómov, často spojené s instiláciami antituberkulotík, exstirpáciami fistúl a inými zákrokmi. Výsledky dlhodobého liečenia je možno považovať za dobré, lebo sa nezhojili len 3 chorí, ktorí predčasne odišli z liečenia. U všetkých ostatných vojakov sa proces zhojil a stabilizoval, pravda v prevažnej väčšine prípadov s drobnými kozmetickými rezíduami.

Závažnosť tbc ochorenia krčných lymfatických uzlín a nevyhnutnosť zlepšiť súčasnú úroveň včasnej diagnostiky sa ozrejmuje najmä pri rozbere vplyvu uzlinovej tuberkulózy na schopnosť vojakov k ďalšej vojenskej službe. U vojakov v základnej službe len v jednom prípade sa vystačilo so znížením klasifikácie a u všetkých ostatných sa určila klasifikácia „dočasne neschopný vojenskej služby“. U 11 vojakov z povolania sa 3krát stanovila klasifikácia „neschopný vojenskej služby“, v 6 prípadoch sa odporučilo zníženie klasifikácie a len 2 dôstojníci sa po vyliečení vrátili do služby s nezmenenou klasifikáciou.

Nazdávame sa, že súčasná úroveň organizácie zdravotníckeho zabezpečenia vojsk vytvára všetky možnosti pre všestranné zlepšenie preventívnych opatrení, umožňujúcich včasné vyhľadávanie a diagnostiku čerstvých foriem tbc krčných lymfatických uzlín. Zachytenie týchto špecifických ochorení v prvých vývojových štádiách, ešte pred vznikom kazeifikácie a fistulácie, by umožnilo zlepšenie liečebných výsledkov, skrátenie doby liečenia a službineschopnosti a zabránilo by vzniku rozsiahlejších tuberkulóz. Pri uskutočňovaní týchto opatrení v armáde považujeme za najdôležitejšie tieto momenty:

1. U všetkých vojakov pri náleze zdurených krčných lymfatických uzlín treba myslieť predovšetkým na možnosť tbc etiológie procesu, s týmto zameraním dôsledne preverovať anamnestické údaje a u každého chorého s uzlinovým syndrómom urobiť rtg vyšetrenie pľúc a tuberkulínové testy. Výsledky týchto vyšetrení môžu podstatne urýchliť diferenciálno-diagnostickú orientáciu pri ochoreniach systému lymfatických uzlín v krčnej oblasti.
2. Pri príznakoch zápalového zdurenia krčných uzlín, a najmä pri teplotách u každého chorého urýchlene nasadiť kombináciu PNC + STM a po potvrdení špecifickej etiológie pridať ďalšie autituberkulotiká, najmä INH.

Chorého vojaka je treba bez meškania odoslať na tbc oddelenie príslušnej vojenskej nemocnice, alebo priamo do VÚCHP Nová Polianka.

3. Pri každom zdurení krčných lymfatických uzlín, ktoré nemá jasne dokázanú nešpecifickú dentogénnu, otorinolaryngologickú, dermatologickú, alebo chirurgickú genézu a najmä ak uzlinová infiltrácia po 2, najviac 3 týždňoch nereaguje na nešpecifické liečenie a neregreduje, indikovať excíziu, alebo exstirpáciu uzliny s následným histologickým a bakteriologickým vyšetrením.

Tieto požiadavky je nevyhnutne treba realizovať najmä na úrovni zdravotníckeho zabezpečenia útvarov a na všetkých oddeleniach vojenských nemocníc, na ktoré sa odosielajú najmä vojaci v základnej službe a mladí dôstojníci so syndrómom zdurenia krčných lymfatických uzlín. Pri splnení uvádzaných podmienok sa vytvoria bazálne možnosti k zlepšeniu liečebnej prognózy ochorenia a urobí sa tak ďalší významný krok k eradikácii tuberkulózy v armáde.

Súhrn

Uvádza sa rozbor okolností vzniku a vývoja tuberkulózy krčných lymfatických uzlín u 52 vojakov. Upozorňuje sa na rad subjektívnych i objektívnych faktorov podmieňujúcich oneskorené stanovenie správnej diagnózy a zhoršujúcich liečebnú prognózu ochorenia. Klinický a histologický charakter zistených špecifických uzlinových lézií nasvedčuje, že vo veľkej časti prípadov sa u vojakov ochorenie diagnostikuje až vo vrcholných vývojových štádiách, pričom sa neraz súčasne dokáže už aj iný aktívny tbc proces. Navrhuje sa systém základných opatrení, umožňujúcich zlepšiť súčasnú úroveň včasnej diagnostiky tbc krčných lymfatických uzlín v ČSLA.

Literatura

1. Babáľ, M., Jezerský, J.: Epidemiologická štúdia o tuberkulóze periférnych lymfatických uzlín. II. Zdroje infekcie u dospelých. Lek. Obzor 15, 1966, 8:291-295.
2. Belloni, E.: Tubercolosi linfogandolare cervicale; rilievo clinicostatistici sui ricoverati nell' ultimo quinquennio. Infanzia (Milano) 16, 1966, 1:5-20.
3. Hager — Malecka, B., Kobiarska — Szepańska, A.: Gruźlica węzłów chłonnych szyi i jamy brzusnej w materiale kliniki chorób dziedzic w Zabrze. Gruźlica 35, 1967, 9:895-899.
4. Sýkora, F., Bajan, A., Griegelová, R.: Príspevok k otázke výskytu boviných mykobaktérií v krčných lymfatických uzlinách u detí. Rozhl. Tuberk. 21, 1961, 2:130-134.
5. Uličná, L., Horáček, J.: Problematika diagnostiky kožnej a uzlinovej tuberkulózy. Rozhl. Tuberk. 26, 1966, 2:105-108.
6. Viršík, K.: Choroby pľúc, pohrudnice a mediastína. Bratislava, Vydavateľstvo SAV, 1958, s. 342.