



**Полонейчик А. Н.**  
**ТУБЕРКУЛЁЗНАЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ПАХОВАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ:  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

*Научный руководитель ассист. Михайлова О. В.*

*Кафедра фтизиопульмонологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Туберкулёзная периферическая лимфаденопатия (ТПЛ, альтернативное название – туберкулёз периферических лимфатических узлов) – опухолеподобное изолированное или генерализованное поражение различных групп лимфатических узлов с развитием в них специфического воспалительного процесса. Наиболее часто при данном заболевании поражаются шейные и подчелюстные группы лимфатических узлов (75%), подмышечные – 15% случаев, поражение паховых и локтевых лимфатических узлов – 1% случаев. Генерализованные формы – 10-15% случаев. Исследователями отмечается большая редкость изолированной паховой ТПЛ, причём в литературе нет данных о частоте встречаемости данной формы ТПЛ, все материалы по данной проблеме представлены лишь в виде описания клинических случаев. Паховая ТПЛ может быть схожа с некоторыми хирургическими патологиями, например, с паховой грыжей. Исследователи отмечают, что диагностика паховой ТПЛ является непростой задачей для врача.

**Цель:** рассмотреть редкий клинический случай изолированной паховой ТПЛ.

**Материалы и методы.** Для описания данного клинического случая использовались данные медицинской документации пациентки Л. с 2014 по 2016 гг.: 9 историй болезни и эпикризов УЗ «9 ГКБ» г. Минска, 1 история болезни, эпикриз и медицинская карта амбулаторного пациента ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», 1 эпикриз УЗ «1-й противотуберкулёзный диспансер» г. Минска.

**Результаты и их обсуждение.** Пациентка Л. 1936 года рождения поступила в УЗ «9 ГКБ» 08.07.2014 по поводу паранеопластической анемии. Контакт с больными туберкулёзом отрицала, а также отрицала наличие туберкулёза в анамнезе. Впервые наличие увеличенных паховых лимфоузлов отмечается в истории болезни при первичном осмотре лечащим врачом 9.07.2014: «Лимфоузлы увеличены, плотные, несмещаемые». Отмечается преимущественное увеличение лимфатических узлов слева. Во время этого же пребывания в стационаре был выставлен диагноз «паховая лимфаденопатия (mts?)», т.е. было предположено увеличение лимфатических узлов вследствие метастазирования опухоли яичников (диагноз также лишь предполагавшийся). Во время четвёртого поступления пациентки в УЗ «9 ГКБ» была произведена эксцизионная биопсия левого пахового лимфатического узла (17.12.2014). В заключении по данным биопсии указано, что гистологическая картина соответствует туберкулёзному лимфадениту. Отмечается положительная окраска единичных бактерий по Цилю-Нильсену (КУБ+). 18.12.2014 фтизиатром ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» отмечено наличие больших посттуберкулёзных изменений в нижней доле правого лёгкого. После проведения исследований в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» было отмечено отсутствие данных в пользу активного туберкулёза лёгких, что говорит об изолированной форме паховой ТПЛ. 30.12.2014 пациентке было назначено противотуберкулёзное лечение по 1 клинической категории: интенсивная фаза – Н – 0,3, R – 0,6, Z – 2,0, E – 1,6 (60 доз); затем в фазе продолжения – Н – 0,3, R – 0,6 (120 доз). Основной курс лечения завершён в полном объёме 02.09.2015.

**Выводы.** Несмотря на сложность диагностики паховой ТПЛ диагноз в данном случае был выставлен верно с применением, как считают учёные, самого оптимального способа подтверждения данного диагноза – эксцизионной биопсии. Данный клинический случай может служить дополнительным напоминанием практикующим врачам (в частности, хирургам, онкологам) о возможности туберкулёзной этиологии пахового лимфаденита.