

ZAPALENIA WĘZŁÓW CHŁONNYCH

Powiększenie węzłów chłonnych – przyczyny:

- odczynowe (w stanach zapalnych oraz alergiczno-reaktywnych),
- przerostowe (rozwój ziarniniakowatej tkanki nienowotworowej),
- nowotworowe.

Ostre zapalenie węzłów chłonnych – wzrost temperatury ciała, dreszcze, osłabienie, bóle głowy i złe samopoczucie, węzły chłonne powiększone i bolesne palpacyjnie, o konsystencji elastyczno-miękkiej. Rozróżniamy postać surowiczą (węzły miękkie i przesuwalne względem otoczenia) i postać ropną (bolesność zwiększa się, a konsystencja staje się twarda). Leczenie: przyczynowe, antybiotykoterapia, zimne wysychające okłady, nacięcie i drenaż.

Przewlekłe zapalenie węzłów chłonnych – zejście procesu ostrego lub proces pierwotny. Objawy: węzły powiększone, elastyczno-twarde, niebolesne, nie zawsze przesuwalne względem otoczenia. Leczenie: wyłuszczenie chorobowo zmienionych węzłów.

Ostre zapalenie naczyń chłonnych – niekiedy poprzedza zapalenie węzłów chłonnych. Objawy: zaczerwienienie i bolesność skóry, różowe i czerwone pręgi na skórze.

ZAPALENIA SWOISTE

Promienica (aktynomycykoza) – wywoływana przez saprofitujące bez-tlenowce Gram-dodatnie (*Actinomyces israelii*, *A. bovis*, *A. naeslundii*, *A. viscosus*, *A. odontolyticus*) w wyniku spadku odporności, urazów lub zapalenia nieswoistego. Lokalizacja promienicy: promienica szyjno-twarzowa (33–65%) – okolica podżuchwowa, szyjna, przyuszniczo-żwaczowa, policzkowa, promienica brzuszna, promienica płucno-piersiowa. Obejmuje tkankę międzypowięziową, skórę i tkankę podskórną, wyjątkowo tkankę kostną. Diagnostyka: badanie bakteriologiczne i histopatologiczne (wydzielina, ziarnina, tkanka miękka, kość). Postacie promienicy:

- **naciek promieniczny** (naciek tkanki podskórnej, zbita konsystencja twardości drewna, skóra o zabarwieniu sino-czerwonym, tkliwa palpacyjnie, występuje szczękościsk);
- **postać ropna** (pojedyncze lub mnogie ropnie skórne ulegające samoistnemu opróżnieniu, przetoki z wydzieliną ropną i widocznymi grudkami promienicznymi koloru żółtego, zniekształcające blizny – tzw. zmarszczki promieniczne);
- **postać guzowata – promieniczak** (guz o rozmytych granicach związany z podłożem).

Promienica kości szczęk:

- **centralna** (zakażenie z okolicy tkanek okołowierzchołkowych, szpary złamania lub przyczyna krwiopochodna) – obraz jest zbliżony do nieswoistego przewlekłego zapalenia kości;
- **obwodowa** (przez ciągłość z błony śluzowej i skóry) – przetoki i zgrubienia kości (nadmierne kostnienie), odczyny okostnowe;
- **guzowata** – guzy ziarninowe niszczące tkankę kostną, rozdzęcie kości, torbielowate przejaśnienia na radiogramach.

Leczenie promienicy – długotrwała (do 3 miesięcy) antybiotykoterapia (penicyliny, tetracykliny, klindamycyna, linkomycyna, erytromycyna, metronidazol), dieta wysokokaloryczna, bogata w białko i witaminy, leczenie fizykalne (naświetlania lampą, jonoforeza 4% KI), leczenie chirurgiczne (nacięcie i drenaż ropni, łyżeczkowanie przetok, usunięcie martwaków i guzów promiennicznych, plastyka blizn ściągających).

Gruźlica klasyczna – chorobę wywołuje pałeczka kwasooporna (*Mycobacterium tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*). Zakażenie następuje drogą oddechową lub pokarmową, a sprzyja ją mu: urazy, nieswoiste stany zapalne, zły stan higieny i uzębienia, złe warunki życiowe, osłabienie organizmu i spadek odporności. W przebiegu powstają zmiany zwyrodnieniowe i martwicze z tworzeniem się gruzełków (ziarniniaków gruźliczych). Gruzełki tworzą guzki, które ulegają zwłóknieniu lub serowaceniu, masy serowate wapnieją lub rozmiękają (po rozpadzie tworzy się tzw. zimny ropień i owrzodzenie). Gruźlica dotyczy tkanek miękkich i kości, dodatkowo dołączają się objawy ogólne (złe samopoczucie, zmęczenie, niedokrwistość). Diagnostyka: badanie bakterioskopowe,

histopatologiczne i bakteriologiczne, podskórna próba tuberkulinowa, techniki molekularne (PCR), radiogramy klatki piersiowej, jamy brzusznej i kości, oznaczanie przeciwciał w surowicy. Postacie gruźlicy:

- **gruźlica wrzodziejąca** – guzki zlewają się w skupiska, ulegają rozpadowi i tworzy się owrzodzenie o dnie pokrytym szarobiałymi gruzelkami lub wydzieliną ropną, umiejscowiona na wardze i języku;
- **gruźlica toczniowa (toczeń)** – owrzodzenie na obwodzie poszerza się, a w części centralnej następuje ziarninowanie i bliznowacenie, wywołując rozległe i ściągające blizny; umiejscowiona jest na skórze, może obejmować wargi, błonę śluzową przedsionka oraz dziąsła;
- **gruźlica rozplywna** – przewlekły przebieg, twardy naciek przekształcający się w twardy guz, który ulega rozmiękaniu i tworzą się tzw. zimne ropnie opróżniające się przez przetoki, powstają głębokie owrzodzenia; umiejscowiona jest na policzku, języku, podniebieniu.

Gruźlica kości – rzadkie występowanie, tworzenie się martwaków i przetok na błonie śluzowej i skórze, złamania patologiczne. Postacie:

- **obwodowa** (zakażenie przez ciągłość z błony śluzowej),
- **śródkostna** (zakażenie poprzez kanał korzeniowy zęba, zębodół, kieszonkę dziąsłową),
- **rozlana** (zakażenie krwiopochodne).

Leczenie gruźlicy – tuberkulostatyki podstawowe (ryfampicyna, izoniazyd, pirazynamid) oraz zastępcze (streptomycyna, etambutol) – w pierwszej fazie leczenia stosuje się trzy podstawowe tuberkulostatyki i jeden dodatkowy, leczenie chirurgiczne (opróżnianie zimnych ropni, usunięcie węzłów chłonnych, łyżeczkowanie kości, usunięcie martwaków kostnych, sanacja jamy ustnej).

Gruźlica pierwotna węzłów chłonnych (zespół pierwotny) – zakażenie drogą pokarmową (nieprzeżetowane mleko). Ognisko pierwotne pojawia się w obrębie: dziąsła, błony śluzowej policzka, podniebienia, języka, wargi lub w pierścienia chłonnego Waldeyera. Następuje zajęcie węzłów chłonnych podżuchwowych, szyjnych głębokich, nadobojczykowych, karkowych i przedusznych.

Gruźlica wtórna układu chłonnego – lokalne zaburzenie odporności (namnażanie się prątków w masach serowatych – nadkażenie wewnątrzpochodne). Występuje jako ujawnienie się dotychczas bezobjawowego zakażenia węzła chłonnego lub progresja ogniska pierwotnego do innego, niezmienionego dotychczas chorobowo miejsca.

Podostre gruźlicze zapalenie węzłów chłonnych – naciek i powiększenie węzłów, powstawanie węzłów satelitarnych, bolesność palpacyjna, wzrost temperatury ciała, złe samopoczucie, zlewanie się węzłów w pakiety i tworzenie tzw. zimnych ropni (bez cech stanu zapalnego), powstawanie przetok węzłowo-skórnych, wydobywanie się patologicznej wydzieliny o treści serowatej, powstawanie deformujących blizn, powstawanie ropni opadowych przemieszczających się wzdłuż mięśni szyi (zgodnie z siłą ciężenia).

Postać przewlekła gruźlicy węzłów chłonnych – dotyczy pojedynczych węzłów chłonnych, charakterystyczny jest długi czas trwania, okresy remisji i nawrotów, rzadkie tworzenie się przetok; powoduje zwapnienia węzłów chłonnych.

Postać ostra gruźlicy węzłów chłonnych – częściej występuje u dzieci, nagły początek choroby, wysoka gorączka, rozległe zmiany skórne, bolesne węzły chłonne, które szybko ulegają powiększeniu, serowaceniu, rozmiękaniu i zropieniu (obraz kliniczny przypomina zapalenia nieswoiste – tzw. gorące ropnie).

Gruźlica atypowa – wywoływana przez prątki atypowe (*Mycobacterium avium*, *M. intracellulare*, *M. scrofulaceum*, *M. chelonae*, *M. fortuitum*, *M. kansasii*, *M. marinum*, *M. ulcerans*) – słabe patogeny powszechnie występujące w glebie, wodzie, artykułach żywnościowych, kurzu. Zakażenie następuje w przypadku uszkodzenia barier ochronnych (błona śluzowa, skóra) i spadku odporności (dzieci, chorzy na AIDS). Objawy: przewlekłe jednostronne powiększenie węzłów chłonnych, przebieg przewlekły i łagodny, długo utrzymujące się przetoki (tzw. zołzy).

Gruźlica klasyczna w przebiegu AIDS – HIV jest najsilniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju gruźlicy (choroba wskaźnikowa), prze-

bieg podostry, uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, tkliwość i chełbotanie węzłów.

Gruźlica atypowa w przebiegu AIDS – częstsza niż gruźlica klasyczna, późno rozpoznawana. Objawy: uogólniona limfadenopatia i hepatosplenomegalia, bóle brzucha, brak łaknienia, uporczywe biegunki, ubytek masy ciała i wyniszczenie organizmu. Stanowi niepomysłny symptom rokowniczy.

Leczenie gruźliczego zapalenia węzłów chłonnych – leczenie farmakologiczne (leki przeciwprątkowe, dołączenie amonoglikozydów i chinolonów, erytromycyny, kotrimaksozolu, amikacyny i lamprenu), leczenie chirurgiczne w przypadku braku efektów farmakoterapii (nacinięcie węzłów i łyżeczkowanie mas serowatych lub operacyjne usunięcie węzłów wraz z wytworzoną przetoką), radykalne wycięcie węzłów chłonnych w gruźlicy atypowej, leczenie skojarzone farmakologiczno-chirurgiczne, leczenie dietetyczne i ogólnie wzmacniające, leczenie sanatoryjne.

Kiła – rzadko występuje w obszarze głowy i szyi. Objawy: owrzodzenie wargi lub śluzówki jamy ustnej i powiększenie węzłów chłonnych (kiła I-rzędowa), czerwone zmiany grudkowe na skórze całego ciała oraz na dłoniach i podeszwach ulegające martwicy (kiła II-rzędowa), kilaki – po ich rozpadzie tworzą się zniekształcenia – nos siodełkowaty, nosowanie otwarte (kiła III-rzędowa). Diagnostyka: wykrycie krętka bladego w wydzielinie z owrzodzenia, badanie histopatologiczne ziarniny, badanie serologiczne (odczyn Wassermanna – niespecyficzny charakter, testy kłaczkujące – VDRL iUSR, testy swoiste – FTA-ABS, TPHA, TPI).

Leczenie kiły – antybiotykoterapia (penicyliny, cefalosporyny III generacji, tetracykliny, makrolidy), leczenie chirurgiczne (odtwórcze).

CHOROBY ZIARNINIAKOWE

Zespół Melkerssona–Rosenthala – choroba ziarniniakowa (sarkoidalne ziarniniaki bez cech serowacenia widoczne w badaniu mikroskopowym). Przyczyny: czynniki infekcyjne (ogniska okołozębowe oraz pochodzące z migdałków, infekcje bakteryjne i wirusowe