

**С. И. МИРАНОВИЧ, Н. Н. ЧЕРЧЕНКО**

**ЛИМФАДЕНОПАТИИ  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ  
ОБЛАСТИ**

Минск БГМУ 2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

**С. И. МИРАНОВИЧ, Н. Н. ЧЕРЧЕНКО**

# **ЛИМФАДЕНОПАТИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2020

УДК [616.716.8:617.52]-06:616.428(075.8)

ББК 56.6я73

М64

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 20.03.2020 г., протокол № 7

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования А. С. Артюшкевич; д-р мед. наук, проф., зав. каф. стоматологии детского возраста Белорусского государственного медицинского университета Т. Н. Терехова

**Миранович, С. И.**

М64 Лимфаденопатии челюстно-лицевой области : учебно-методическое пособие / С. И. Миранович, Н. Н. Черченко. – Минск : БГМУ, 2020. – 20 с.

ISBN 978-985-21-0577-4.

Содержится информация об особенностях обследования, клинической картины и дифференциальной диагностики лимфаденопатий челюстно-лицевой области.

Предназначено для студентов 4–5-го курсов стоматологического и лечебного факультетов, врачей-интернов и клинических ординаторов.

УДК [616.716.8:617.52]-06:616.428(075.8)

ББК 56.6я73

---

Учебное издание

**Миранович Сергей Иванович**  
**Черченко Наталья Николаевна**

## **ЛИМФАДЕНОПАТИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. С. Ластовка  
Редактор А. В. Лесив  
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 08.06.20. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Херох office».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,0. Тираж 50 экз. Заказ 262.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

**ISBN 978-985-21-0577-4**

© Миранович С. И., Черченко Н. Н., 2020

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2020

## МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

**Общее время занятия:** 6 ч.

Одним из распространенных заболеваний челюстно-лицевой области является лимфаденопатия. Это одна из форм клинического проявления воспалительных, инфекционных и специфических заболеваний. С учетом распространенности данной патологии возникает необходимость подробного изучения этой темы студентами стоматологического и лечебного факультетов.

**Цель занятия:** изучить клиническую картину, методы диагностики и лечения лимфаденопатий челюстно-лицевой области и шеи. Уметь проводить дифференциальную диагностику одонтогенных лимфаденитов с другими лимфаденопатиями.

**Задачи занятия:**

1. Овладеть методами клинического обследования пациентов с лимфаденопатиями челюстно-лицевой области и шеи.
2. Научиться проводить дифференциальную диагностику одонтогенных лимфаденитов с другими лимфаденопатиями челюстно-лицевой области.
3. Научиться составлять план комплексного лечения лимфаденопатий челюстно-лицевой области и шеи.

**Требования к исходному уровню знаний.** Для полного освоения темы студенту необходимо повторить:

- из внутренних болезней: строение лимфатической системы человека и ее функции, особенности лимфооттока из полости рта и шеи;
- рентгенологии: укладки и методы обследования патологии лимфатической системы головы и шеи;
- фармакологии: лекарственные средства, применяемые для лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

**Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Лимфатическая система челюстно-лицевой области.
2. Функции лимфатической системы.
3. Лимфоотток из органов полости рта.
4. Неспецифические одонтогенные воспалительные процессы.
5. Группы лимфатических узлов челюстно-лицевой области, методы обследования лимфатического аппарата челюстно-лицевой области.

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Дать определение термину «лимфаденопатия».
2. Классификация лимфаденитов.
3. Патогенез одонтогенных лимфаденитов.
4. Клиника, диагностика и лечение острого одонтогенного лимфаденита.

5. Клиника, диагностика и лечение хронических лимфаденитов челюстно-лицевой области. Клиническое обследование пациентов с лимфаденопатией.

6. Дифференциальная диагностика одонтогенных хронических лимфаденитов и проявлений лимфаденопатий в челюстно-лицевой области.

7. Алгоритм диагностики лимфаденопатий.

## ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Лимфаденопатия** (новолат. lymphadenopathia; лат. lymphā — чистая вода, влага + греч. ἀδὴν — железа + πάθος — страдание) — состояние, проявляющееся увеличением лимфатических узлов лимфатической системы. Этот термин выступает или в качестве предварительного диагноза, или ведущего синдрома заболеваний различной этиологии.

**Лимфаденит** (от лат. lymphadenitis — воспаление лимфатического узла) — воспаление лимфатического узла. Лимфаденит может протекать в острой (серозный, гнойный) и хронической (гиперпластический, специфический, обострившийся) формах.

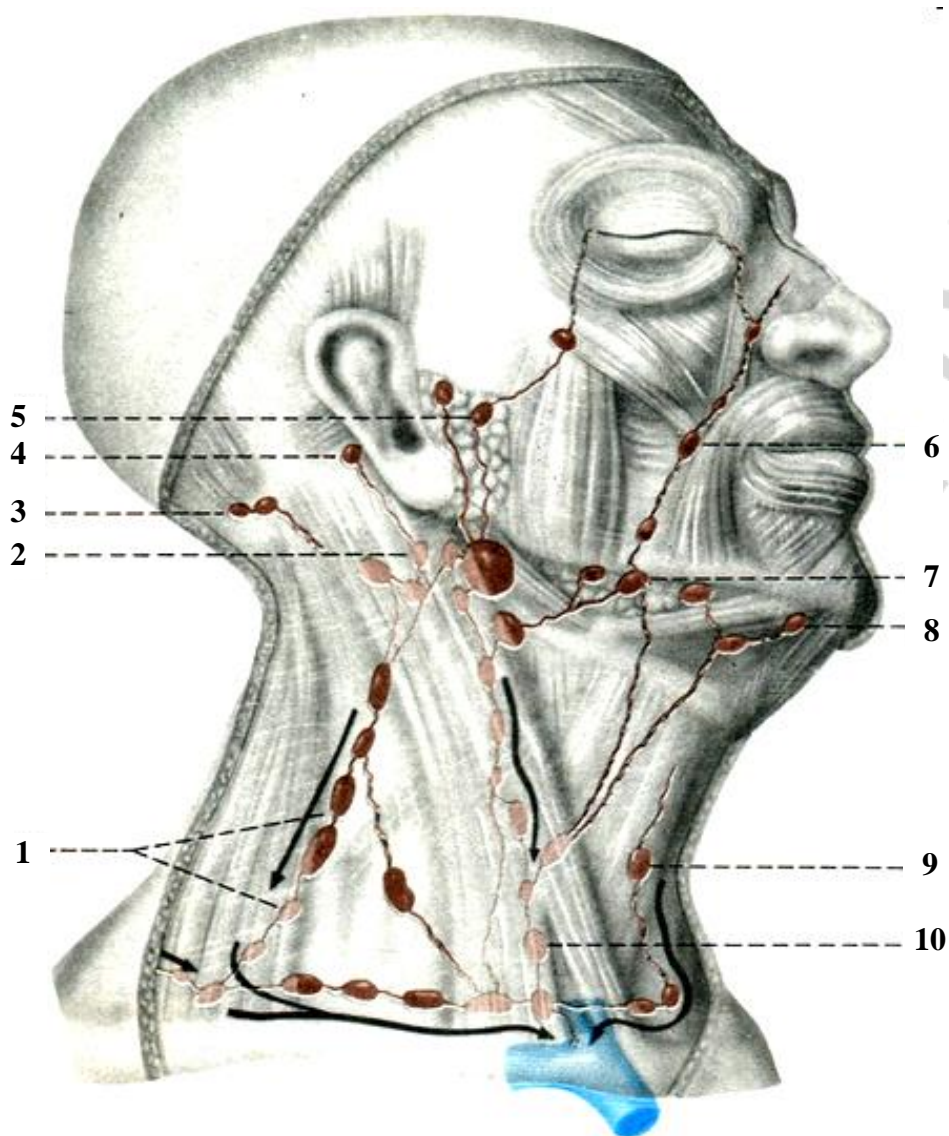
**Лимфангит** (от лат. lymphā — чистая вода, влага + греч. ἀγγεῖον — сосуд) — воспаление лимфатических сосудов.

**Аденофлегмона** — гнойное воспаление абсцедирующего лимфатического узла, при котором происходит распространение инфекции за его пределы и вовлечение в воспалительный процесс близлежащей клетчатки.

## АНАТОМИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО АППАРАТА ЛИЦА И ШЕИ

Лимфа из области головы и шеи собирается в яремные лимфатические стволы, проходя через регионарные лимфатические узлы, в которые впадают поверхностные лимфатические сосуды (рисунок).

В теле человека насчитывается около 600 лимфатических узлов, однако в норме пальпаторно могут определяться только подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы.



*Рис.* Лимфатические узлы головы и шеи:

*1* — *nodi lymphatici cervicales profundi laterales*; *2* — *nodi lymphatici cervicales profundi superiores*; *3* — *nodi lymphatici occipitales*; *4* — *nodi lymphatici retroauriculares*; *5* — *nodi lymphatici parotidei superficiales*; *6* — *nodi lymphatici buccales*; *7* — *nodi lymphatici submandibulares*; *8* — *nodi submentales*; *9* — *nodi lymphatici cervicales superficiales anteriores*; *10* — *nodi lymphatici cervicales profundi inferiores*

## КЛАССИФИКАЦИЯ ЛИМФАДЕНИТОВ

В 1996 г. В. Е. Поляков, Ю. Г. Алексиевский предложили следующую классификацию лимфаденитов:

- вульгарные неспецифические или банальные лимфадениты;
- специфические лимфадениты;
- лимфопролиферативные заболевания и состояния неопухолевой природы;
- злокачественные (системные и солидные) опухоли.

В классификации В. Н. Волкова (1980 г.) выделяют следующие формы лимфаденитов:

- 1) по течению заболевания:
  - острые;
  - подострые;
  - хронические;
- 2) по локализации:
  - изолированные;
  - регионарные;
  - распространенные;
  - генерализованные;
- 3) по морфологии:
  - гиперпластические (фолликулярные);
  - десквамативные (синусовые);
  - смешанные;
  - продуктивные (васкулярные).

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЙ**

В зависимости от распространенности различают следующие варианты лимфаденопатий:

- локальную — увеличение одного лимфатического узла в одной из областей (единичные шейные, надключичные и т. д.);
- регионарную — увеличение нескольких лимфатических узлов в одной или двух смежных областях (надключичные и подмышечные, шейные и надключичные и т. д.);
- генерализованную — увеличение лимфатических узлов более чем в трех областях (шейные, надключичные, подключичные, подмышечные и др.).

Регионарная лимфаденопатия отмечается при стрептококковой, стафилококковой инфекции, туляремии, туберкулезе, сифилисе, генитальном герпесе.

Генерализованное увеличение лимфатических узлов описано при инфекционном мононуклеозе, цитомегаловирусной инфекции, токсоплазмозе, бруцеллезе, туберкулезе, ВИЧ/СПИДе, болезнях накопления и др. При этом лимфаденопатия возникает в результате попадания в лимфатический узел бактерий либо вирусов и их токсинов лимфогенным, гематогенным и контактным путем.

В клинической практике также часто выделяют острую лимфаденопатию, которая характеризуется коротким продромальным периодом, лихорадкой, локальной болезненностью при пальпации, и хроническую, отличающуюся большей длительностью, как правило, отсутствием болезненности

или ее малой выраженностью. При хроническом воспалении, в отличие от острого, лимфатические узлы обычно не спаяны с окружающими тканями. При развитии острой лимфаденопатии отмечается серозный отек, а воспалительные явления не выходят за пределы капсулы лимфатического узла, однако при деструктивных процессах воспаление может переходить на окружающие ткани и по характеру быть серозным или гнойным.

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

К инфекционным заболеваниям, наиболее часто протекающим с вовлечением лимфоидной ткани, относятся бактериальные (все пиогенные бактерии, болезнь кошачьих царапин, сифилис, туляремия), микобактериальные (туберкулез, лепра), грибковые (гистоплазмоз, кокцидиомикоз), хламидийные (венерическая лимфогранулема), паразитарные (токсоплазмоз, трипаносомоз, филяриоз), вирусные (вирус Эпштейна–Барр, цитомегаловирус, корь, гепатит, ВИЧ).

Дифференцировка структур лимфатических узлов заканчивается в возрасте 12 лет.

Также синдром лимфаденопатии могут вызвать некоторые лекарственные вещества, такие как аллопуринол, атенолол, каптоприл, карбамазепин, цефалоспорины, препараты золота, гидралазин, пенициллин, пириметамин, хинидин, сульфаниламиды.

Важным фактором определения причины лимфаденопатии является анамнез (табл. 1).

Таблица 1

### Особенности инфекционного анамнеза

Анамнез	Вероятный диагноз
Контакт с кошками	Болезнь кошачьих царапин, токсоплазмоз
Употребление сырого мяса	Токсоплазмоз
Заболевание туберкулезом в анамнезе	Туберкулезный лимфаденит
Недавние переливания крови или трансплантации	Цитомегаловирус
Многочисленные случайные половые связи	ВИЧ, сифилис, герпес, цитомегаловирус, гепатит В
Внутривенное введение наркотиков	ВИЧ, эндокардит, гепатит В

Также существует и профессиональный анамнез. Так, например, охотники и рыбаки более подвержены такому заболеванию, как туляремия, а работники ферм и скотобоев — эризипелоиду.

Нередко представлены случаи распространения данной патологии из других стран (миграционный анамнез).



## КЛИНИКА ЛИМФАДЕНОПАТИИ

Основным симптомом лимфаденопатии является увеличение лимфатических узлов, которое может быть локальным, регионарным либо генерализованным. Дополнительными симптомами могут быть: ночная потливость, потеря веса, сопутствующее длительное повышение температуры тела, частые рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (фарингиты, тонзиллиты, ангины и т. п.), патологические изменения на рентгенограмме легких, гепатомегалия, спленомегалия.

При наличии локализованной лимфаденопатии необходимо исследовать области, от которых лимфа оттекает в данную группу лимфатических узлов, на предмет наличия воспалительных заболеваний, поражений кожи, опухолей. Необходимо также тщательное обследование всех групп лимфатических узлов, в том числе несмежных для исключения генерализованной лимфаденопатии. Этот важный этап диагностики должен проводиться всем пациентам с локализованной лимфаденопатией, т. к. при первичном обследовании выявляется только 17 % пациентов с генерализованной лимфаденопатией. Необходимо проводить пальпацию подчелюстных, передних и задних шейных, надключичных, подмышечных, паховых лимфатических узлов. В случае обнаружения увеличенных лимфатических узлов необходимо отметить следующие их характеристики: размер, болезненность, консистенция, связь между собой, локализация.

**Размер.** Нормальным размером лимфатического узла считается диаметр не более 1 см. Локтевой лимфатический узел более 0,5 см, а паховые — более 1,5 см следует считать патологическими.

Для удобства оценки воспалительной реакции со стороны лимфатических узлов ряд авторов предлагает выделять три степени их увеличения:

- I степень — от 0,5 до 1,5 см в диаметре;
- II степень — от 1,5 до 2,5 см в диаметре;
- III степень — от 2,5 до 3,5 см в диаметре и больше.

Размер лимфатических узлов не дает возможности предположить диагноз, однако по некоторым данным наиболее подозрительными на злокачественное поражение являются лимфатические узлы размером более 1×1 см. У детей увеличение лимфатических узлов более 2 см в диаметре наряду с изменениями при рентгенографии легких и отсутствием воспалительных заболеваний уха, носа, глотки подозрительно на наличие гранулематозного процесса (туберкулеза, болезни кошачьих царапин, саркоидоза) или злокачественного заболевания (лимфомы).

Если лимфатический узел не более 1 см<sup>3</sup>, чаще отмечается реактивная лимфаденопатия, если он больше 2 см<sup>3</sup>, следует подозревать опухолевый или гранулематозный процесс.

**Болезненность.** При быстром увеличении лимфатического узла в объеме происходит растяжение его капсулы, что вызывает боль. Боль также возникает при воспалительном процессе с нагноением, но может появляться при кровоизлиянии в некротический центр лимфатического узла при злокачественном поражении. Наличие или отсутствие боли не является диагностическим признаком доброкачественности и злокачественности заболевания.

**Консистенция.** Лимфатические узлы, плотные, как камень, типичны для онкопатологии, имеют метастатическую природу. Плотные эластичные лимфатические узлы подозрительны на наличие лимфомы. Более мягкие лимфатические узлы — чаще результат инфекционного поражения или воспалительного процесса. При абсцедировании появляется флюктуация. Термин «картечные лимфатические узлы» применяется для характеристики множественных мелких лимфатических узлов под кожей, обычно их находят у детей в области головы и шеи при вирусных заболеваниях. Сохраняющиеся плотные лимфатические узлы требуют проведения гистологического исследования.

**Связь между собой.** Группа лимфатических узлов, которая кажется взаимосвязанной и смещается как единое целое, называется конгломератом. Конгломераты лимфатических узлов встречаются при доброкачественных (туберкулез, саркоидоз, венерическая лимфогранулема) и злокачественных (метастазы рака, лимфомы) заболеваниях.

**Локализация.** Анатомическое положение лимфатических узлов при локализованной лимфаденопатии позволяет во многих случаях сузить поиск при дифференциальной диагностике. Например, для болезни кошачьих царапин характерно поражение шейных и подмышечных лимфатических узлов, а при инфекциях, передающихся половым путем, — паховых лимфатических узлов.

У пациентов с генерализованной лимфаденопатией клиническое обследование должно фокусироваться на поиске признаков **системного заболевания**. Наиболее ценным является обнаружение высыпаний, поражения слизистых оболочек, гепато-, спленомегалии, поражения суставов. Спленомегалия и лимфаденопатия встречаются при многих заболеваниях, включая мононуклеозоподобный синдром, лимфоцитарную лейкемию, лимфому, саркоидоз.

## АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

При **первичном осмотре** пациента проводится обязательное лабораторно-инструментальное обследование, включающее в себя:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;

- определение маркеров гепатита В и С, ВИЧ, RW;
- биохимическое исследование крови с определением острофазных белков;
- рентгенографию органов грудной клетки;
- УЗИ органов брюшной полости.

Лейкоцитоз и сдвиг формулы влево свидетельствуют в пользу бактериального поражения лимфатических узлов (стафилококковая, стрептококковая, синегнойная, гемофильная этиология). Лимфоцитоз и моноцитоз обычно характерны для заболеваний вирусной этиологии (герпес, цитомегаловирус, вирус Эпштейна–Барр и др.).

При углубленном обследовании пациента возникает необходимость в использовании дополнительных инструментальных и лабораторных методов исследования. Одним из них является УЗИ, которое позволяет уточнить размеры лимфатических узлов, определить давность патологического процесса и его остроту. При остром воспалении определяется гипоэхогенность и однородность лимфатических узлов. Спаянные лимфатические узлы позволяют предположить продолжительность заболевания более 2 месяцев. При хроническом течении процесса эхогенность лимфатических узлов повышается.

В биоптатах лимфатических узлов могут обнаруживаться различные по своей природе морфологические изменения (явления гиперплазии при антигенной стимуляции; признаки острого и хронического воспаления с диффузным поражением лимфатических узлов или очаговыми специфическими и неспецифическими изменениями вследствие реакции на вирусы, бактерии, грибы или паразитов) и изменения, характерные для разнообразных опухолей лимфатических узлов и метастазов в них опухолей из других органов.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

**Диагностика.** Основными критериями дифференциальной диагностики синдрома лимфаденопатии, полученными при первичном осмотре пациентов, могут служить:

- возраст пациентов;
- анамнез (инфекционный, профессиональный, миграционный);
- характеристики лимфатических узлов (размер, болезненность, консистенция, связь между собой, локализация);
- наличие других клинических признаков (увеличение печени, селезенки, лихорадка, кожные высыпания, суставной синдром, поражение легких и др.);
- показатели периферической крови.

Возраст пациента можно использовать в диагностическом поиске при лимфаденопатии. Так, инфекционный мононуклеоз чаще встречается в детском и юношеском возрасте, а хронический лимфолейкоз — у лиц старших возрастных групп. В 80 % случаев регионарная лимфаденопатия у лиц моложе 30 лет имеет инфекционное происхождение. Однако при этом все же возраст пациента может служить лишь одним из ориентиров диагностического поиска.

**Дифференциальная диагностика болезней, проявляющихся синдромом лимфаденопатии. Неспецифический лимфаденит.** При этом заболевании поражаются лимфатические узлы в паховой и подмышечной зоне. Они увеличиваются и становятся неподвижными, при этом не спаянными между собой. При прогрессировании заболевания могут появляться такие симптомы, как головная боль, лихорадка, озноб. В анализе крови отмечается увеличение СОЭ. Заболевание может дать осложнение в виде абсцесса, флеботромбоза, сепсиса и лимфостаза.

**Инфекционный мононуклеоз.** Заболевание вызывается вирусом Эпштейна–Барр. Болезнь обычно начинается остро и сопровождается лихорадкой, интоксикацией, общей слабостью, головной болью. Позже могут появиться боли в горле при глотании. Температура тела может повышаться до 38–40 °С. Во время заболевания может проявляться катаральный или лакунарный тонзиллит. При желтушных формах мононуклеоза у пациентов определяются выраженные изменения печени.

**Туберкулез периферических лимфатических узлов.** Это заболевание чаще всего проявляется у детей и подростков. Чаще всего болезнь сочетается с туберкулезом, имеющим другую локализацию. При этом лимфатические узлы увеличиваются в диаметре до 1,5 см. Заболевание может начаться внезапно, что нередко сопровождается повышением температуры тела и выраженной общей интоксикацией организма. Гемограмма показывает повышенную СОЭ и умеренно выраженный лейкоцитоз.

**Лимфома Ходжкина, или лимфогранулематоз.** Основное проявление заболевания — увеличение лимфатических узлов. Из первичного очага путем лимфогенного метастазирования заболевание распространяется в другие группы лимфатических узлов. Позже происходит гематогенная диссеминация. Пораженные лимфатические узлы имеют плотноэластическую консистенцию, не спаяны с кожей, безболезненны. Первыми симптомами болезни являются затруднение дыхания, кашель, потеря веса на 10 %, температура выше 38 °С.

У некоторых пациентов отмечается типичный симптом: боли в увеличенных лимфатических узлах после употребления алкоголя. Чаще поражаются надключичные и медиастинальные лимфатические узлы. У 90 % пациентов первичное поражение локализовано выше диафрагмы. Кольцо Вальдейера–Пирогова, околоушные, затылочные и локтевые (кубиталь-

ные) лимфатические узлы почти никогда не поражаются, их вовлечение требует дифференциальной диагностики с другими лимфомами. Первый пик высокой заболеваемости относится к возрасту 20–34 года, а второй — 60–74 года.

Диагноз лимфомы Ходжкина устанавливается исключительно на основании морфологии, считается достоверным, если найдены специфические двухъядерные или многоядерные клетки Березовского–Рид–Штернберга. Для адекватной диагностики должен быть исследован пораженный лимфатический узел целиком.

**Неходжкинские лимфомы.** Это группа злокачественных опухолей. Первым признаком болезни является поражение одного лимфатического узла и дальнейшее метастазирование опухоли. Лимфатические узлы безболезненные, плотные, не спаяны с кожей. Их увеличение может привести к возникновению синдрома верхней полой вены, портальной гипертензии, динамической кишечной непроходимости, механической желтухи.

**Болезнь Гоше (идиопатическая спленомегалия Гоше).** В основе заболевания лежит наследственный дефект метаболизма цереброзидов и фосфолипидов. Пролиферация макрофагальных клеток приводит к резкому увеличению селезенки и лимфатических узлов. При проведении пункции селезенки, лимфатических узлов и костного мозга выявляются специфические клетки Гоше.

**Саркоидоз** — гранулематозное воспаление, которое характеризуется увеличением лимфатических узлов, а также поражением легких, кожи, глаз, суставов, печени и миокарда. Увеличенные шейные лимфатические узлы безболезненны и не спаяны.

**Туляремия.** Возбудители данного заболевания попадают в организм через микротравмы на коже. Первые симптомы болезни: повышение температуры до 38–40 °С, головная боль, боли в мышцах, слабость, отсутствие аппетита. В тяжелых формах отмечается психомоторное возбуждение, заторможенность, бред.

**Болезнь Лайма.** Начало заболевания сопровождается зудом, болезненностью, отеком и покраснением на месте присасывания клеща. Также характерна головная боль, общая слабость, тошнота, недомогание, озноб, повышение температуры тела до 38 °С, потеря чувствительности в месте присасывания клеща.

**Стрептококковое поражение кожи.** Заболеванию характерно появление фликтены, которая распространяется по периферии. Фликтена наполнена желтоватым содержимым в виде серы и на ощупь болезненна. В дальнейшем на месте фликтены появляется эрозия.

К числу **лимфаденопатий неясного генеза** относятся:

1. Болезнь Бенъе–Бёка–Шаумана — генерализованный доброкачественный гранулематоз неясной этиологии. Отмечается увеличение всех,

особенно эндоторакальных, лимфатических узлов; небольшие плоские, нередко розовато-фиолетовые инфильтраты-саркоиды в коже; обратимые деструктивные очаги в костях, преимущественно в фалангах и позвонках; иридоциклит, опухание околоушной железы. Нередко поражаются печень и селезенка. В крови наблюдается лейкопения, лимфопения, эозинофилия и моноцитоз. Прогноз благоприятный: лимфатические узлы уменьшаются, кожные инфильтраты рассасываются в течение месяцев или нескольких лет, оставляя рубцы.

2. Синдром Брилла–Симмерса — увеличенные безболезненные плотные лимфатические узлы. В начале болезни увеличиваются обычно шейные лимфатические узлы, также увеличены печень и селезенка. Нормальная температура тела отличает данный синдром от инфекционного мононуклеоза. При этом синдроме нередко спонтанные переломы костей, асцит, нарушение функции кишечника. В терминальной стадии развивается кахексия. Болеют преимущественно мужчины среднего возраста.

3. Синдром Сезари — увеличение лимфатических узлов является одним из симптомов эритродермической Т-клеточной лимфомы, при которой имеются генерализованная эритродермия, кожный зуд, гиперпигментация кожи, гиперкератоз ладоней и подошв, отек, облысение, дистрофия ногтей, пиодермия, экзема, гипергидроз, гепатомегалия. В крови — лейкоцитоз с наличием клеток Сезари — аномальных (неопластических) Т-лимфоцитов (хелперов).

4. Синдром Симмерза — редкая локализованная лимфаденопатия у пациентов с генерализованной эритродермией.

5. Синдром Каствлемана — доброкачественная гиалинизирующая плазмоклеточная гиперплазия лимфатических узлов, преимущественно подмышечных, забрюшинных. Клиническая картина определяется величиной и локализацией увеличенных лимфатических узлов и их давлением на соседние органы.

6. Синдром Казала — неясной этиологии, проявляется множественными безболезненными узловатыми подкожными инфильтратами, увеличением лимфатических узлов и селезенки. В крови — эозинофилия. Рентгенологически и гистологически изменения в костях напоминают эозинофильную гранулему.

7. Синдром Франклина — наследственное нарушение синтеза глобулинов, проявляющееся дис- и дефектопротеинемией. Клинически характерны остро возникающее генерализованное припухание слегка болезненных лимфатических узлов, нерегулярная лихорадка, увеличение печени и селезенки, асцит. Отмечается отек неба, языка и надгортанника. В крови — анемия, лейкопения с относительным лимфоцитозом, эозинофилия, плазмоцитоз, увеличение уровня  $\beta$ - и  $\gamma$ -глобулинов. Легко присоединяется интеркуррентная инфекция, являющаяся нередко причиной смерти пациентов.

8. Синдром Прасада–Коуза — наследственная лимфаденопатия с агамма-глобулинемией. Болезнь проявляется только в зрелом возрасте, постепенно увеличиваются все регионарные лимфатические узлы, печень и селезенка. В крови — анемия, полностью отсутствуют  $\gamma$ -глобулины. При пункции лимфатических узлов, печени и селезенки — неспецифическое воспаление с гранулематозом.

9. Синдром Потрие–Ворингера — локализованное или генерализованное припухание лимфатических узлов как вторичное проявление дерматозов, возникающее обычно у пожилых мужчин спустя несколько месяцев или лет в виде увеличения отграниченных, подвижных лимфатических узлов, достигающих величины грецкого ореха. Увеличиваются паховые и подмышечные, реже локтевые, шейные и парамаммарные лимфатические узлы. С ослаблением дерматоза лимфатические узлы уменьшаются. Образуется меланодермия, меланинурия, эозинофилия, прогрессирующая анемия. Малигнизации лимфатических узлов не наблюдается.

10. Синдром Пирингера — подострый доброкачественный негнойный лимфаденит, преимущественно в области шейных лимфатических узлов, наблюдается у пациентов с рецидивирующими ангинами и ревматоидными суставными симптомами в анамнезе. Самочувствие пациентов обычно не нарушено, температура нормальная. В крови повышен уровень глобулинов при нормальных показателях общего белка. В течение нескольких месяцев симптомы болезни исчезают.

Таким образом, в практической деятельности врачам различных специальностей часто приходится сталкиваться с синдромом лимфаденопатии, для диагностики которого необходимо использовать комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, правильный выбор которых позволит оптимизировать этиологическую диагностику заболевания.

## **ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ**

Необходимо тщательно собрать анамнез с уточнением факта травм, воспалительных заболеваний органов, миграционного и туристического анамнеза, провести тщательное исследование всех лимфатических органов для исключения генерализованной лимфаденопатии или специфического заболевания. Для этого надо осмотреть миндалины, пропальпировать все группы лимфатических узлов (затылочные, околоушные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые, кубитальные), печень и селезенку, провести перкуссию печени и селезенки.

При наличии подозрения на увеличение лимфатических узлов нужно сделать УЗИ.

При описании характеристик лимфатических узлов важно отметить их локализацию, форму, болезненность, консистенцию, состояние кожных покровов над пораженной группой лимфатических узлов, их спаянность с кожей и между собой.

Также необходимо обследовать органы, дренируемые лимфатическими сосудами и узлами, выполнить диагностический минимум: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением глюкозы, мочевины, билирубина, общего белка, АлАТ, АсАТ, белковых фракций. При необходимости нужно его расширить для определения других печеночных ферментов, тимоловой пробы и др. На основании анализа полученных данных первичного обследования следует скорректировать диагностические процедуры, назначить анализ крови на RW, ревмо-фактор, циркулирующие иммунные комплексы и др.

При отсутствии длительного анамнеза увеличения лимфатических узлов нужно наблюдать за пациентом в течение 2–4 недель.

При наличии бактериальной инфекции в зоне дренирования лимфатических узлов необходимо назначить антибактериальную терапию с учетом предполагаемой флоры и данных о чувствительности к антибиотикам.

Показаниями для пункционной или эксцизионной биопсии лимфатических узлов с цитологическим и гистологическим исследованием являются плотные, безболезненные лимфатические узлы размером более 2 см<sup>2</sup>, их надключичная локализация, возраст пациента старше 40 лет.

Назначение гормональных препаратов при лимфаденопатиях неясного генеза недопустимо!

Если размеры лимфатических узлов не превышают 1 см<sup>3</sup>, то высока вероятность реактивной лимфаденопатии. У пациентов с лимфатическими узлами размером более 2 см<sup>3</sup> чаще подозревают опухолевый или гранулематозный процесс. Если лимфатические узлы не превышают 1,5 см<sup>2</sup> и отсутствуют явные признаки инфекции, необходимо дальнейшее наблюдение за пациентом.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЛЯ КОТОРЫХ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ ЛИМФАДЕНОПАТИИ**

Появление лимфаденопатии характерно, в частности, для следующих заболеваний: лимфаденит, туберкулез лимфатических узлов, инфекционный мононуклеоз, краснуха, лимфогранулематоз, неходжкинские лимфомы, Болезнь Стилла, вирусный гепатит, болезнь Гоше, болезнь Ниманна–Пика, макроглобулинемия Вальденстрема, лекарственные лимфаденопатии, саркоидоз, туляремия, болезнь Лайма, стрептококковые инфекции кожи, болезнь кошачьих царапин (доброкачественный лимфоретикулез), ВИЧ-инфекция.



**Болезнь Стилла** у взрослых является одним из вариантов системных заболеваний соединительной ткани, проявляющимся лихорадкой, устойчивой к антибиотикам, увеличением лимфатических узлов и селезенки, кожными папулезными и геморрагическими высыпаниями, суставным синдромом (артралгии, реже артриты). В периферической крови характерны нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Хронический **вирусный гепатит** (чаще вирусный гепатит С) может проявляться различными внепеченочными симптомами (лихорадка, лимфаденопатия, геморрагический васкулит, поражение легких, полисерозиты, синдром Шегрена). В ряде случаев внепеченочная симптоматика выступает на первый план в клинической картине и является дебютом печеночного заболевания. При подозрении на хронический вирусный гепатит обязательно лабораторное исследование на наличие всех маркеров гепатита. Для окончательной верификации целесообразно гистологическое исследование биоптатов печени.

**Макроглобулинемия Вальденстрема** является одним из видов хронического лейкоза. Основными клиническими проявлениями заболевания наряду с лимфаденопатией являются увеличение селезенки, геморрагические кожные высыпания, наличие мочевого синдрома. В крови выявляется абсолютный лимфоцитоз, анемия (часто вследствие аутоиммунного гемолиза), значительное увеличение СОЭ, в костном мозге — лимфоидная инфильтрация. Диагноз подтверждается наличием у пациента с увеличенными лимфатическими узлами и селезенкой IgM.

**Болезнь кошачьих царапин (доброкачественный лимфоретикулез)** — острое инфекционное заболевание, возникающее при контакте с инфицированными кошками при укусе, царапинах, ослюнении. Характеризуется лихорадкой, регионарным лимфаденитом, увеличением печени и селезенки, иногда первичным аффектом и экзантемой. Возбудитель относится к хламидиям. По антигенным свойствам близок к возбудителям орнитоза. Инфицированные кошки остаются здоровыми. Инкубационный период длится от 3 до 60 дней (чаще 2–3 недели). Болезнь может начинаться с появления небольшой язвочки или пустулы на месте царапины (укуса), самочувствие остается хорошим. Спустя 15–30 дней после заражения появляется регионарный лимфаденит — наиболее характерный признак болезни. Подтверждением диагноза может служить положительный результат реакции связывания комплемента с орнитозным антигеном, хотя у многих пациентов эта реакция остается отрицательной.

**ВИЧ-инфекция** — инфекционный процесс в организме человека, вызываемый ВИЧ, характеризующийся медленным течением, поражением иммунной и нервной систем, последующим развитием на этом фоне оппортунистических инфекций, новообразований, приводящих инфицированных ВИЧ к летальному исходу.

Стадия генерализованной лимфаденопатии относится к числу закономерных состояний при ВИЧ-инфекции и отмечается у 90 % пациентов. При этом в процесс вовлекаются локтевые, под- и надключичные, подбородочные, подчелюстные, около- и заушные, затылочные и особенно часто подмышечные и шейные лимфатические узлы. Реже увеличиваются паховые, бедренные и подколенные лимфатические узлы. Лимфаденопатия может рассматриваться как клинический признак ВИЧ-инфекции, если она поражает не менее двух групп лимфатических узлов и сохраняется более 3 месяцев.

Клинический диагноз у пациента с ВИЧ-инфекцией устанавливается комиссионно на основании эпидемиологических, клинических и имеющихся лабораторных данных.

### САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Дифференцировка структур лимфатических узлов заканчивается в возрасте ... .
2. В каких областях головы и шеи одонтогенный лимфаденит встречается чаще?
3. Перечислите инфекционные заболевания, наиболее часто протекающие с вовлечением лимфоидной ткани.
4. Назовите лекарственные вещества, вызывающие синдром лимфаденопатии.
5. Размер лимфатического узла в норме составляет ... .
6. Наиболее важным фактором определения причины лимфаденопатии является ... .
7. Перечислите профзаболевания, при которых чаще встречаются лимфаденопатии.
8. При каких заболеваниях встречаются конгломераты лимфатических узлов?
9. Назовите отдельные нозологические нормы, проявляющиеся симптомом лимфаденопатии.
10. Наличие каких клеток морфологически подтверждает диагноз лимфомы Ходжкина?
11. Перечислите основные клинические проявления макроглобулинемии Вальденстрема.
12. Назовите возбудителя болезни кошачьих царапин.
13. Возможно ли назначение гормональных препаратов при лимфаденопатиях неясного генеза?
14. Назначается ли физиотерапия при лимфаденопатиях?
15. Может ли патология лимфатических узлов осложниться аденофлегмоной?

**Ответы:**

1. 12 лет.
2. Поднижнечелюстные области.
3. Бактериальные, микобактериальные, грибковые, хламидийные, паразитарные, вирусные.
4. Аллопуринол, атенолол, каптоприл, карбамазепин, цефалоспорины, сульфаниламиды.
5. До 1 см.
6. Анализ заболевания.
7. Охотники, рыбаки, работники ферм, скотобоен.
8. Туберкулез, саркоидоз, лимфогранулема, злокачественные заболевания (метастазы рака, лимфомы).
9. Туберкулез лимфатических узлов, инфекционный мононуклеоз, краснуха, лимфогранулематоз, неходжкинские лимфомы, туляремия, болезнь Лайма, болезнь кошачьих царапин, ВИЧ-инфекция.
10. Присутствие двухъядерных или многоядерных клеток Березовско-го–Рид–Штернберга.
11. Увеличение селезенки, гемморагические кожные высыпания, наличие мочевого синдрома.
12. Хламидии.
13. Нет.
14. Нет.
15. Да.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бернадский, Ю. И.* Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. 3-е изд., перераб. и доп. Витебск : Белмедкнига, 1998. С. 186–193.
2. *Будылина, С. М.* Физиология челюстно-лицевой области : учеб. / С. М. Будылина ; под ред. С. М. Будылиной, В. П. Дегтярева. Москва : Медицина, 2000. С. 23.
3. *Дворецкий, Л. И.* Дифференциальный диагноз при лимфаденопатиях / Л. И. Дворецкий // Справочник поликлинического врача. 2005. Т. 3. № 2. С. 3–9.
4. *Зайков, С. В.* Дифференциальная диагностика синдрома лимфаденопатии / С. В. Зайков // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2012. № 4. С. 16–24.
5. *Лобзин, Ю. В.* Инфекционные болезни : учеб. для мед. вузов / Ю. В. Лобзин. Санкт-Петербург : СпецЛит, 2001. 543 с.
6. *Марков, А. И.* Анатомия сосудов и нервов головы и шеи / А. И. Марков, И. М. Байриков, С. И. Буланов. Ростов-на-Дону : Феникс, 2005. С. 41–46.
7. *Островерхов, Г. Е.* Курс оперативной хирургии и топографической стоматологии / Г. Е. Островерхов, Д. Н. Лубоцкий, Ю. М. Бомаш. Москва : МЕДГИЗ, 1963. С. 403.
8. *Шаргородский, А. Г.* Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи : руководство для врачей / А. Г. Шаргородский. Москва : ГЭОТАР-МЕД, 2002. С. 347–356.
9. *Соловьев, М. М.* Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М. М. Соловьев, О. П. Большаков. Москва, 2001. С. 124–147.
10. *Супиев, Т. К.* Гнойно-воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области / Т. К. Супиев. Москва, 2001. С. 28–53.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Термины и определения.....	4
Анатомия лимфатического аппарата лица и шеи.....	4
Классификация лимфаденитов.....	5
Классификация лимфаденопатий.....	6
Этиология и патогенез.....	7
Клиника лимфаденопатии.....	8
Алгоритм обследования пациента.....	9
Дифференциальная диагностика.....	10
Основные рекомендации по ведению пациентов с лимфаденопатией.....	14
Заболевания, для которых характерно появление лимфаденопатии.....	15
Самоконтроль усвоения темы.....	17
Список использованной литературы.....	19

ЛОЗИТОРИЙ БГМУ

ISBN 978-985-21-0577-4



9 789852 105774