



**ГОО ВПО «Донецкий национальный  
медицинский университет имени М. Горького»  
Кафедра педиатрии №3**

# **Лимфаденопатия: от синдрома к диагнозу (разбор клинических случаев)**



к.м.н. доц. Бордюгова Е.В.  
асс. Марченко Е.Н.

Лимфаденопатия – увеличение в размере и количестве лимфоузлов.

Увеличение лимфатических узлов у детей классифицируется по трем признакам:

- локализация патологического процесса;
- характер течения;
- количество увеличенных лимфоузлов.

Различают:

- локальную,
- регионарную,
- генерализованную лимфаденопатию.



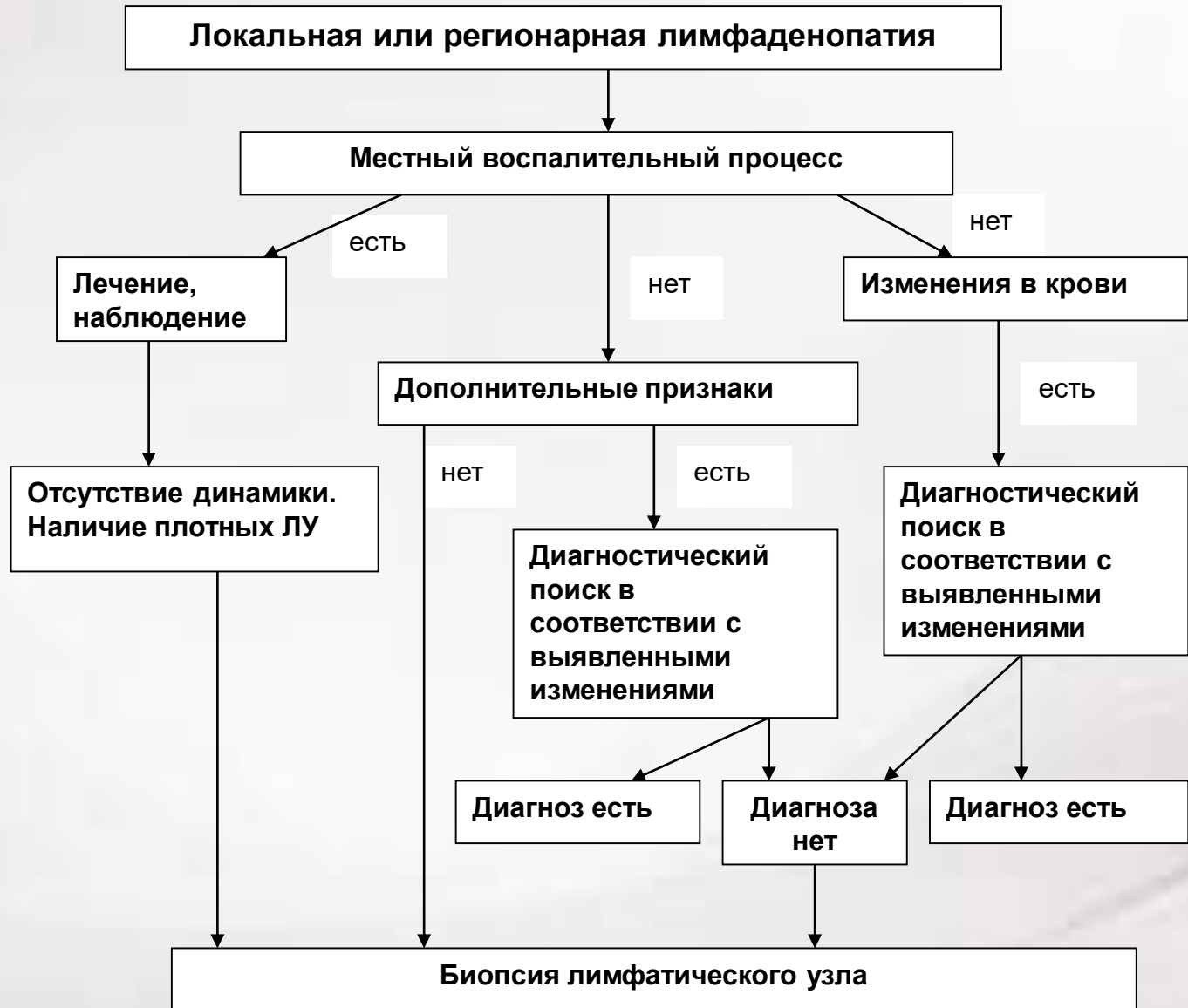
# Функции лимфатических узлов

Название	Описание
Дренажная	Лимфатические узлы выводят лишнюю жидкость из тканей, где присутствуют растворенные кристаллоиды.
Транспортная	Функция заключается в транспортировке и всасывании коллоидных веществ, белков, жиров.
Защитная	Задерживают поступающие в лимфу и кровь токсины, вирусы, бактерии, чужеродные белки и клетки.
Гемопоэтическая	Функции, которые отвечают за созревание В-лимфоцитов и синтез плазматических клеток.
Иммунная	Обеспечение постоянства клетками генетического фонда.

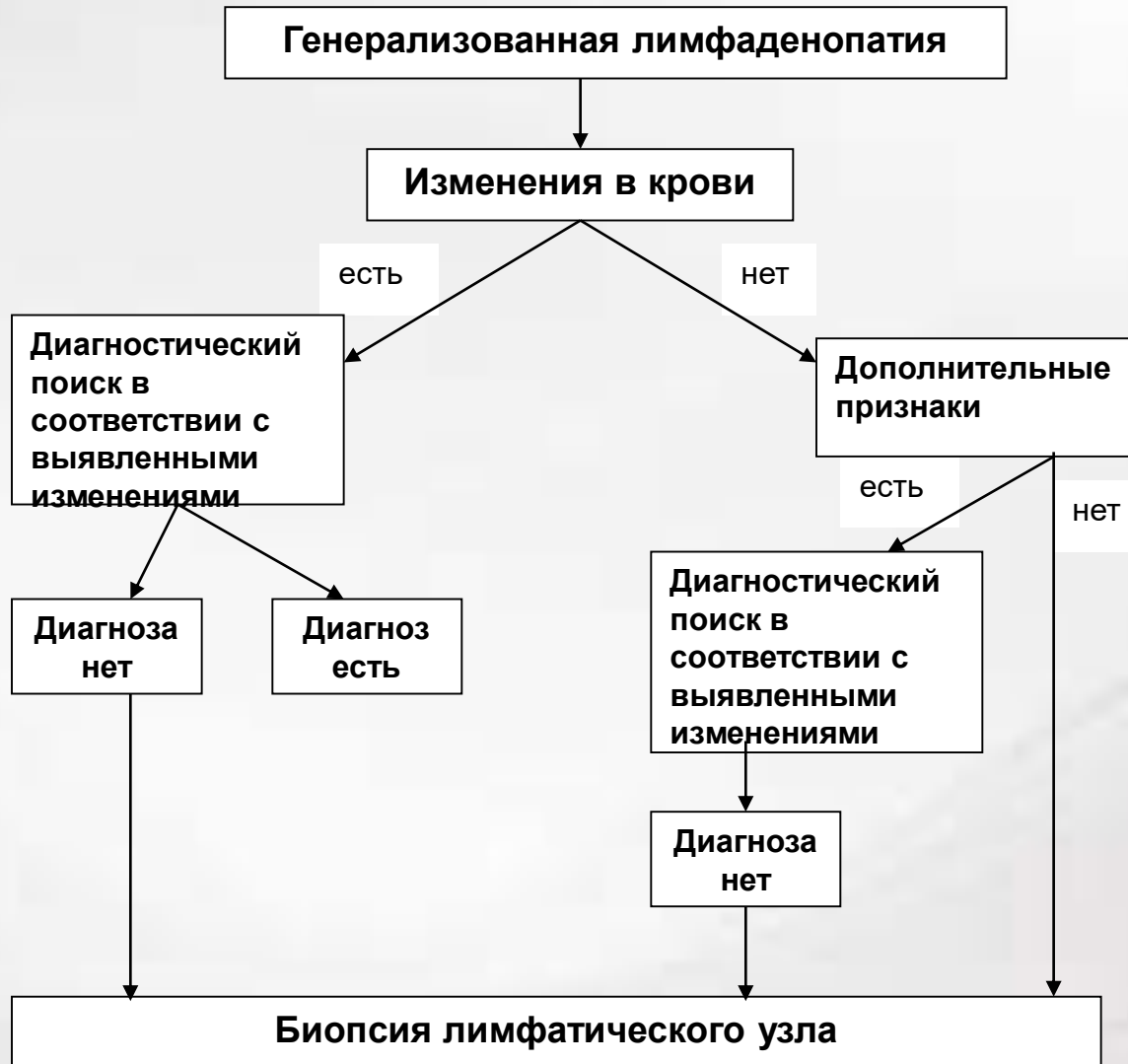
## **Задержка опухолевых клеток:**

ловушка либо оазис для блуждающих опухолевых клеток.

# Диагностический алгоритм при локальной лимфаденопатии



# Диагностический алгоритм при генерализованной лимфаденопатии



# Лабораторная диагностика лимфаденопатий

- клинический анализ крови с подсчетом ретикулоцитов, тромбоцитов;
- ЛДГ;
- биохимический анализ крови.
- серологические тесты на ЭБВ, ЦМВ, ВИЧ, токсоплазмоз;
- кожные пробы на туберкулез;
- рентгенография органов грудной клетки, КТ органов грудной клетки (по показаниям);
- УЗИ или КТ органов брюшной полости (по показаниям);
- открытая биопсия лимфоузла;
- пункция костного мозга (по показаниям).



Пункция лимфоузла с аспирацией содержимого может быть проведена при наличии признаков воспаления и флюктуации с дальнейшим

**NB!** бактериологическим исследованием.

Тонкоигольная пункционная биопсия лимфоузла не позволяет получить достаточно материала для целенаправленного исследования и может задержать процесс диагностики. [Самочатова Е.В., 2004].

# Показания к открытой биопсии лимфоузла:

- Лимфоузлы размерами более 2,5 см.
- Увеличение размеров лимфоузлов в течение 2 недель.
- Отсутствие уменьшения размеров лимфоузлов в течение 4-6 недель.
- Отсутствие "нормализации" размеров лимфоузлов в течение 8-12 недель.
- Отсутствие уменьшения размеров лимфоузлов после 1-2 курсов антибактериальной терапии.
- Отсутствие признаков инфекции лор-органов.
- Изменения на рентгенограммах органов грудной клетки.
- Наличие общих симптомов: лихорадка, потеря веса, артралгии, гепатоспленомегалия.

[Самочатова Е.В., 2004].

## **Показания для консультации онкогематолога или направление в специализированное гематологическое учреждение пациентов с увеличенными лимфатическими узлами:**

- любая необъяснимая лимфаденопатия;
- лимфаденопатия с наличием выраженных симптомов интоксикации при отсутствии клинических признаков инфекционного заболевания;
- лимфаденопатия с увеличением печени и селезенки;
- лимфаденопатия с изменениями показателей периферической крови;
- отсутствие эффекта от эмпирической антибактериальной терапии.



# Клинический случай 1

Пациентка К., 6 лет обратилась на прием к гематологу с жалобами на увеличение лимфоузлов в подчелюстной и шейной области, некоторое снижение аппетита. Девочка болеет с начала января, когда мама впервые обратила внимание на увеличение шейного л/узла справа. Обратились к хирургу больницы МВД. Был установлен диагноз: растяжение мышц шеи. Лечились амбулаторно с положительной динамикой. В конце января появились лимфоузлы с обеих сторон шеи до 1-1,2 см в диаметре. Консультирована педиатром по месту жительства. Во второй декаде февраля направлена на консультацию к гематологу ИНВХ.

## Клинический случай 1 (продолжение)

При осмотре состояние ребенка нарушено мало. Не лихорадит. Активна. Кожа и слизистые обычной окраски, чистые. Миндалины рыхлые, умеренно гиперемированы. Пальпируются шейные лимфоузлы с обеих сторон, увеличены в количестве, слева от 0,2-0,5 до 1,0 см, эластичные. Справа пальпируются два увеличенных до 1,5x2,5, чувствительных при пальпации, плотных лимфатических узла; остальные мелкие до 0,3-0,8-1,0 см. В других группах лимфоузлы единичные, мелкие. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка у реберной дуги. Стул и мочеиспускание без особенностей.

В предоставленном анализе крови: эр-ты: 3,72 Т/л, Нв: 129г/л, ц.п.: 1,0; тромбоциты: 247 тыс.; лейкоциты: 8,2 Г/л; баз.: 1; э: 2; п: 4; с: 48; л: 43; м: 1; СОЭ 12 мм/ч.

Рекомендовано обследование ребенка на носительство герпесвирусов и внутриклеточные микроорганизмы. Назначен курс антибактериальной терапии (цефалексин), компрессы на область увеличенных лимфоузлов. Контрольный осмотр по окончании курса лечения.

## Клинический случай 1 (продолжение)

Спустя 10 дней девочка повторно осмотрена. Назначенная терапия оказалась неэффективна. Отмечалась отрицательная динамика. Начала периодически лихорадить на субфебрильных цифрах, увеличились в размере от 1,0- 1,5 до 3 см и количестве подчелюстные, шейные и надключичные лимфоузлы, больше справа. При пальпации выросли размеры паренхиматозных органов, печень+2 см, селезенка+0,5-1см, край эластичный. Ребенку взят клинический анализ крови и произведена диагностическая стерильная пункция.

В крови: эр-ты: 3,81 Т/л, Hb: 122г/л, ц.п.: 1,0; тромбоциты: 285Г/л; лейкоциты: 5,4 Г/л; бласты: 4,0; м/ц: 3,0; юн: 3,0; п/я:11,0; с/я: 30,0; э: 4,0; л: 45,0.

Для обследования и лечения девочка была госпитализирована в ООГД ИНВХ.

## Клинический случай 1 (продолжение)

В условиях стационара проведено обследование ребенка.

Миелограмма: бласты: 82,4%; гранулоцитарный ряд-4,4%, эритроидный ряд-4%, мегакариоциты не обнаружены.

Бластные клетки с цитоморфологическими признаками лимфоидных (L1-L2).

Цитохимическое исследование бластных клеток:

Реакция на гликоген - положительная в мелкогранулярной форме в значительной части бластных. клеток.

Реакция на пероксидазу – отрицательная. Реакция на липиды – отрицательная.

Заключение: По данным цитохимического исследования определяется лимфоидная линейность бластных клеток.

Имунофенотипирование костного мозга:

Заключение: Острый лимфобластный лейкоз, ФАБ-вариант L1-2, common-ALL-тип.

Получила лечение по протоколу ALL-IC-2002 в полном объеме.

На 33-й день терапии достигнута костномозговая ремиссия.

## Клинический случай 2

Ребенок Е, 6 лет.

Обратились с жалобами на увеличение лимфоузлов в области шеи в течение нескольких недель.

Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад мальчик перенес ОРИ с герпетическими высыпаниями на красной кайме верхней губы. Около трех недель назад мама ребенка обратила внимание на появление в правой шейной области припухлости. Обратились к участковому врачу, назначено местное лечение спиртовые и мазевые компрессы, внутрь азитромицин. Состояние не улучшилось, лимфоузлы увеличились в размере, появились новые справа и слева. Неделю назад однократно повысилась температура тела до  $37,5^{\circ}\text{C}$ . Направлен на консультацию к гематологу с диагнозом: Лимфаденопатия неясной этиологии.

## Клинический случай 2 (продолжение)

При осмотре состояние мальчика не нарушено. Активен. Не лихорадит. Аппетит сохранен. Кожа и слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы подчелюстные, подмышечные, паховые единичные, мелкие, эластичные. В переднешейной области справа пальпируются два увеличенных 1,5x2,0 см и 2,0x3,0 см, плотных, безболезненных лимфоузла, рядом множественные мелкие 0,3-0,8 см. В шейной области слева пальпируются несколько увеличенных в количестве эластичных, безболезненных лимфоузлов до 0,5-0,7 см. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно везикулярное дыхание. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме.

## Клинический случай 2 (продолжение)

Ребенок обследован амбулаторно.

В клиническом анализе крови: эр.: 3,9 Т/л, Нв: 129г/л, ц.п.: 0,9; тр: 89‰; Л.: 7,3 Г/л; п: 1; с: 46; л: 49; м: 4; СОЭ 5 мм/ч.

В крови обнаружены Ig G к герпесу 1/2 типа, ЭБВ.

К ЦМВ, хламидиям, микоплазмам отрицательные.

Установлен клинический диагноз:

Острый правосторонний шейный лимфаденит смешанной этиологии.

Назначено лечение; цефалексин, ацикловир. Спустя 10 дней, при контрольном осмотре получена положительная динамика. Лимфатические узлы уменьшились в размере и количестве до нормы. Родителям даны рекомендации избегать простудных заболеваний, проведение общеукрепляющих мероприятий.

**Спасибо за внимание!**

