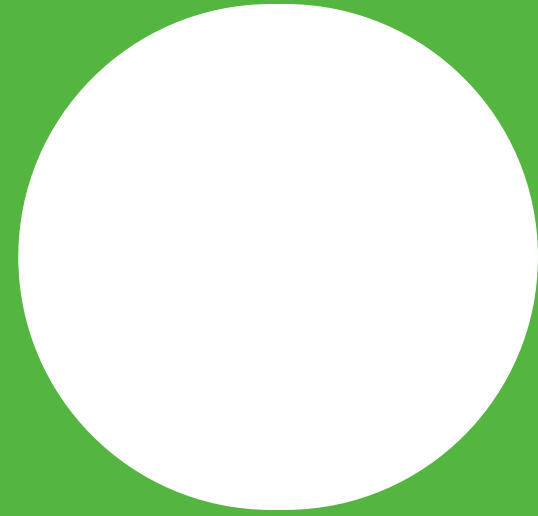

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО
кафедра педиатрии №3

ИНВХ им. В.К. Гусака



Многообразие масок лимфаденопатий у детей

Зав.кафедрой, д.мед.н., проф. Дубовая А.В.
К.м.н., ст.н.с., доц.Тонких Н.А.

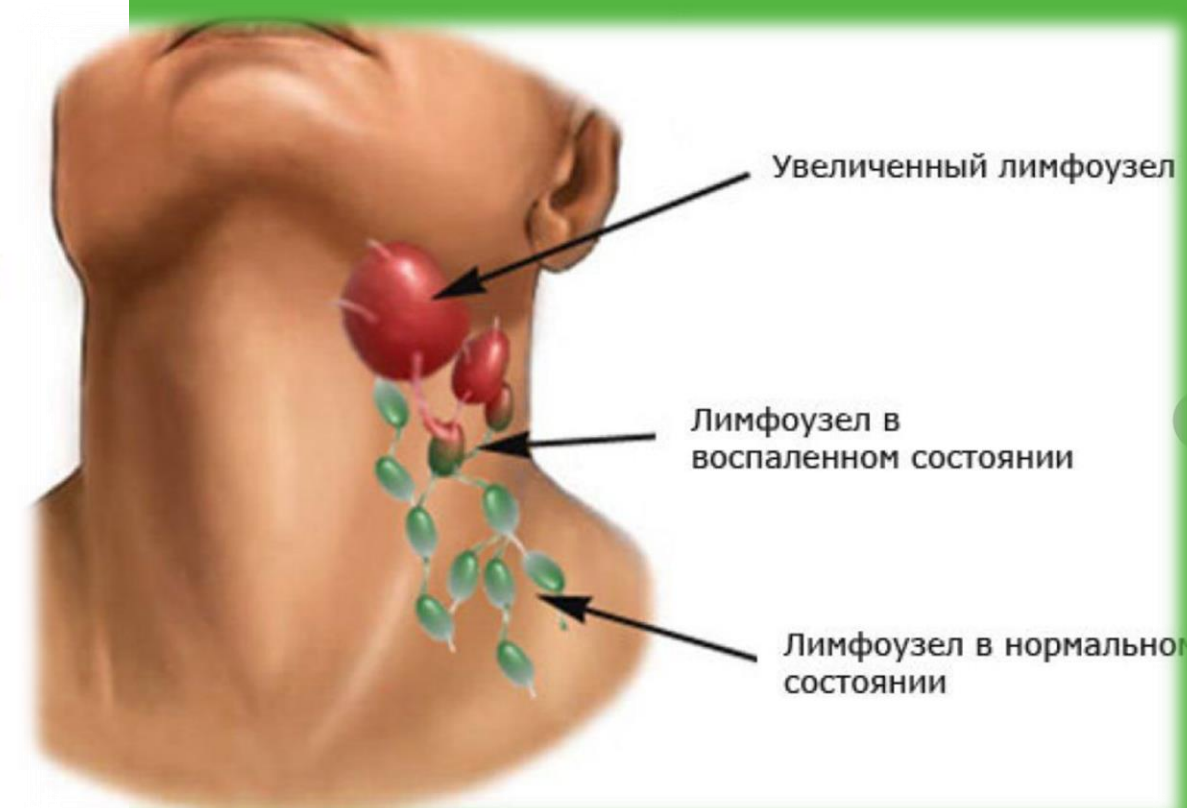


01 марта 2023 г., г. Донецк



Определение:

- **Лимфаденопатия** – это состояние, при котором увеличиваются размеры, количество или изменяется консистенция лимфоузлов.
- Лимфаденопатию следует отличать от **лимфаденита** – воспалительного процесса в лимфоузле специфического или неспецифического происхождения. Таким образом, лимфаденит представляет собой один из множества вариантов лимфаденопатий.
- Как правило, термин «лимфаденопатия» является либо предварительным рабочим диагнозом, требующим уточнения при дальнейшем обследовании, либо - ведущим симптомом какого-то заболевания.



Первый этап диагностики ЛАП



- **сбор жалоб:** наличие локальной или генерализованной лимфаденопатии, ночные профузные поты; повышение t тела более 38° не менее 3 дней подряд; снижение массы тела на 10% за последние 6 мес., болевой синдром, кожный синдром;
- **сбор анамнеза заболевания:** время появления лимфаденопатии и предшествующие ей события (инфекционные заболевания, контакт с животными, поездки в эндемичные очаги, применение лекарственных препаратов и др.), динамика жалоб (изменение размеров лимфатических узлов и/или интенсивности болевого синдрома с течением времени);
- **сбор анамнеза жизни:** образ жизни, род занятий, профессия, наличие/отсутствие выездов за пределы страны в предшествующие заболеванию 6 мес.

Данные анамнеза:

- При сборе анамнеза необходимо **уточнить наличие предшествующих профилактических прививок**, т.к. регионарное увеличение лимфоузлов может носить поствакцинальный характер.
- Генерализованная лимфаденопатия почти постоянный симптом сывороточной болезни и часто отмечается при аллергодерматозах, поэтому **важно уточнить аллергологический анамнез**.
- **Эпиданамнез** особенно важен при подозрении на специфический инфекционный лимфаденит (бартоinelлёз, токсоплазмоз, боррелиоз, туберкулез, туляремия и др.). Он должен включать информацию о контактах с инфекционными больными, дикими и домашними животными, посещение леса или сельской местности, укусах кровососущих насекомых, присасывании клещей и пр.



Проф. Горбунов С.Г., проф.
Мазанкова Л.Н. г. Москва, 2023

Данные анамнеза:

Для дифференциальной диагностики важна скорость **увеличения лимфоузлов** и **способность их к обратному развитию**. Так быстрое увеличение размеров и обратное развитие лимфоузлов в течение 2-3 недель чаще отмечается при лимфаденитах, а длительное увеличение с медленным ростом — при неопластических процессах.

Наличие в **семейном анамнезе** болезней крови, аутоиммунных и злокачественных заболеваний у родственников пациента с неуточненной лимфаденопатией повышает вероятность злокачественного поражения лимфоузлов.

Риск онкологического заболевания ещё более возрастает при наличии у ребенка **клинических признаков иммунодефицита** (частые вирусные инфекции, рецидивирующий герпес, инфекционный мононуклеоз и др.).

Объективное обследование:

- рост, вес, t тела;
- кожные покровы и видимые слизистые оболочки (цвет, патологические высыпания и образования, следы от кошачьих царапин и укусов насекомых, наличие имплантов и татуировок, воспалительные изменения);
- пальпация периферических лимфатических узлов с оценкой локализации, размера, плотности, спаянности с окружающими тканями, болезненности, цвета кожи над лимфоузлом;
- оценка костно-суставной системы;
- наличие гепато- и/или спленомегалии;
- наличие признаков дисфункции сердца, легких, печени, органов эндокринной системы

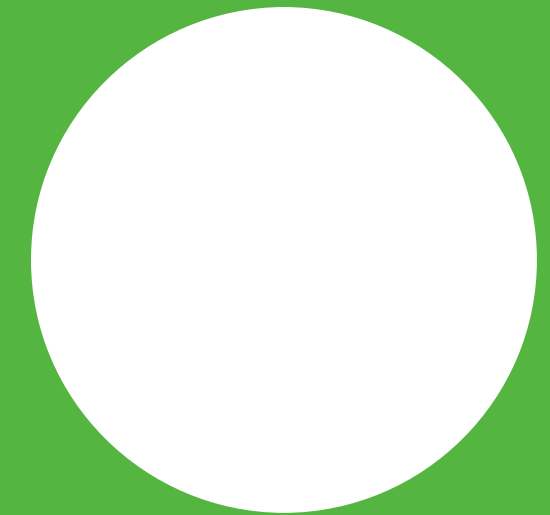
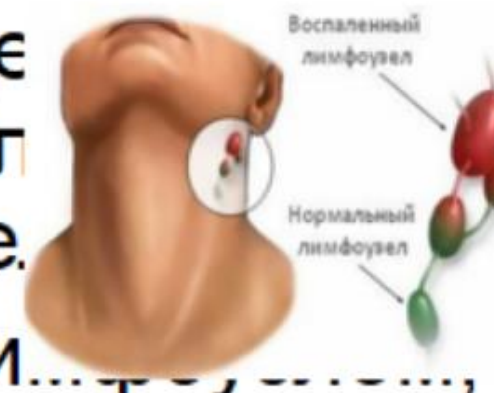
Оценка лимфоузлов:

- **Затылочные лимфоузлы** у здоровых детей не пальпируются. Увеличение их — постоянный признак при краснухе, нередко при токсоплазмозе, присасывании клеща в область головы и шеи при клещевом боррелиозе.
- **Шейные и подчелюстные лимфоузлы** увеличиваются во время прорезывания зубов, при гингивите, периодонтите. Выраженное их увеличение отмечается при стоматите, особенно язвенном.
- Хронические заболевания ЛОР-органов (аденоиды, хронический тонзиллит) — частая причина увеличения **передне-шейных лимфоузлов**.
- Увеличение **задне-шейных лимфоузлов** — один из важных клинических симптомов инфекционного мононуклеоза.
- **Подмышечные и паховые лимфоузлы** увеличиваются при неспецифических лимфаденитах и генерализованных лимфаденопатиях различного генеза.



Оценка лимфоузлов:

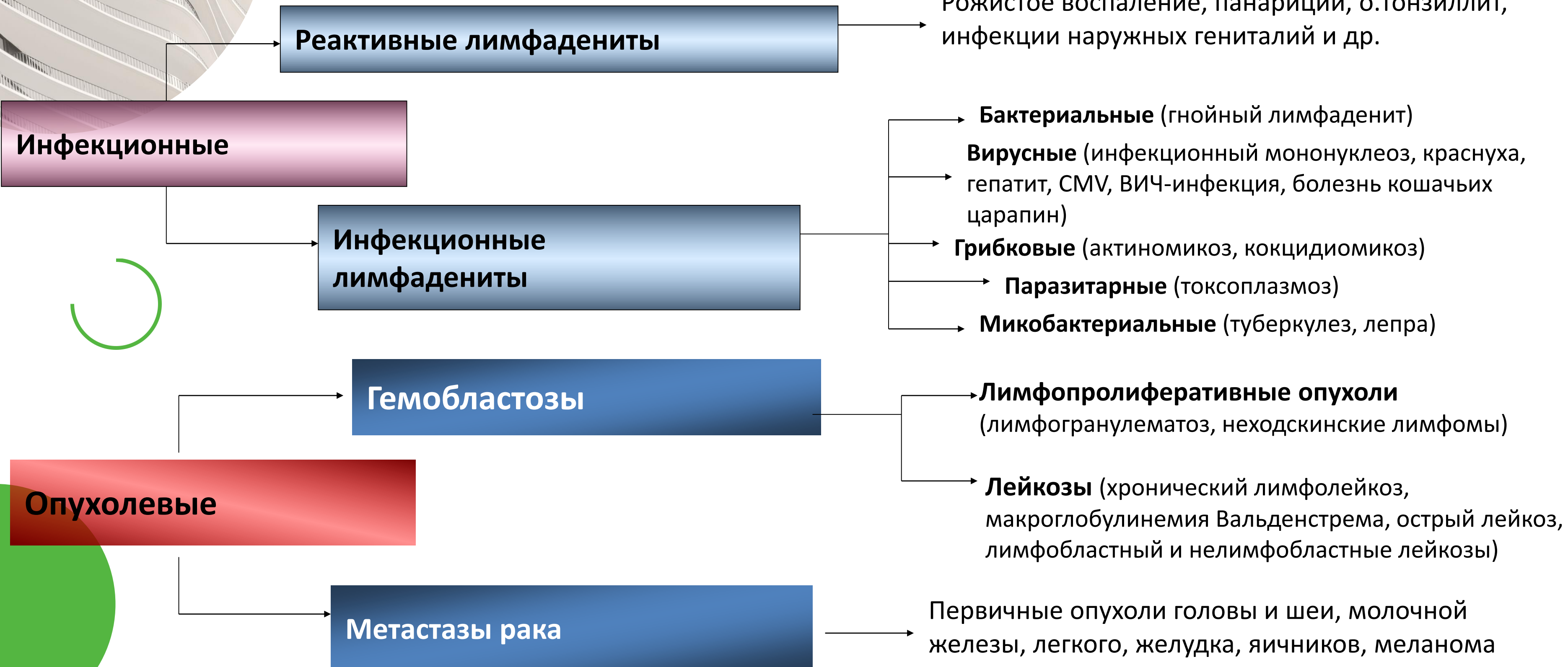
- Мягкая **консистенция лимфоузлов** свидетельствует о недавнем их поражении, плотная — о хроническом процессе.
- **Болезненность и уменьшение подвижности** лимфоузлов встречаются при выраженных воспалительных изменениях в них и развитии периаденита.
- Обнаружение **флюктуации** при пальпации свидетельствует о «расплавлении» ткани внутри лимфоузла и является одним из показаний для хирургического вмешательства.
- Появление **гиперемии кожи** над пораженным лимфоузлом, а также полос гиперемии по ходу лимфатических сосудов (лимфангит) — частая находка при развивающихся роже, фурункулезе, пиодермиях.
- **Механические повреждения** (царапины, ссадины, потертости) обнаруживаются при бартонеллезе и банальном лимфадените.



Оценка лимфоузлов:

- Симметричное и двустороннее умеренное (1-2 см) увеличение лимфоузлов, характеризующееся мягкоэластичной консистенцией, хорошим отграничением отдельных лимфоузлов, отсутствием воспалительных изменений мягких тканей, обычно вызвано их гиперплазией и **характерно для вирусной инфекции.**
- Несимметричное значительное (>2 см) увеличение лимфоузлов, характеризующееся их плотностью, напряженностью, плохим отграничением от окружающих тканей, признаками воспаления (гиперемия, локальная гипертермия, болезненность, флюктуация), часто **вызвано острой бактериальной инфекцией.**
- Несимметричное, чаще умеренное увеличение лимфоузлов, характеризующееся медленным ростом, чёткими краями, минимальными признаками воспаления (кожа над ними эритематозная, но не теплая), возможной флюктуацией, характерно для **хронической бактериальной/грибковой инфекции.**

Основные варианты лимфаденопатий у детей



(Дворецкий Л.И., 2007)

Основные варианты лимфаденопатий у детей

(продолжение)

Иммунопролиферативные

Саркоидоз

**Системные
заболевания**

Ревматоидный артрит, СКВ,
болезнь Стилла,
аутоиммунный гепатит

Поствакцинальные

**Ангиоиммунобластная
ЛАП**

Лекарственные

Фенитоин, препараты золота

Иммунодефицитные состояния

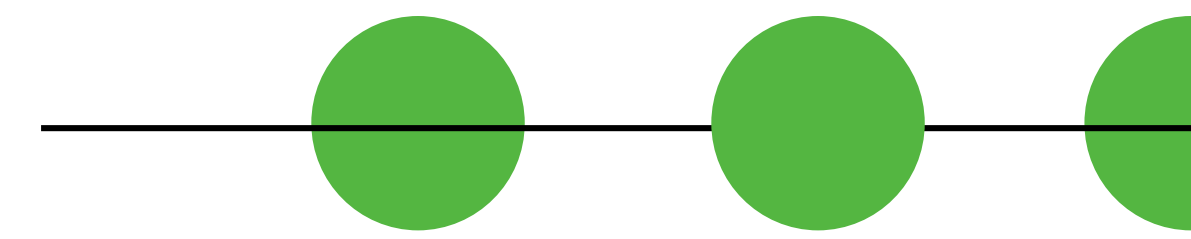
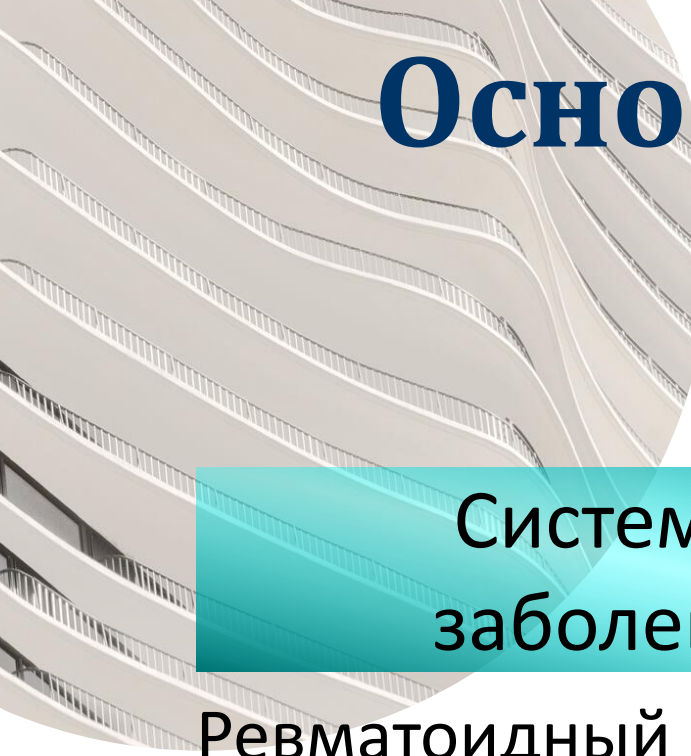
Дисметаболические

Амилоидоз

Первичный
Вторичный
Амилоидоз при миеломе

Болезни накопления

Болезнь Гоше, болезнь
Ниманна-Пика



Диагностическое значение дополнительных признаков у больных с лимфаденопатией

Увеличение лимфатических узлов (генерализованное или регионарное)

Дополнительные признаки

Увеличение селезенки

Инфекционный мононуклеоз
Хр.лимфолейкоз
Острый лейкоз
Ревматоидный артрит (РА)
СКВ
Хр.гепатит
Болезнь Гоше

Кожные проявления

Инфекционный Мононуклеоз
СКВ
Острый лейкоз
Лекарственная болезнь
Болезнь кошачьей царапины

Поражение легких и плевры

Саркоидоз
Туберкулез легких
Рак легкого
СКВ

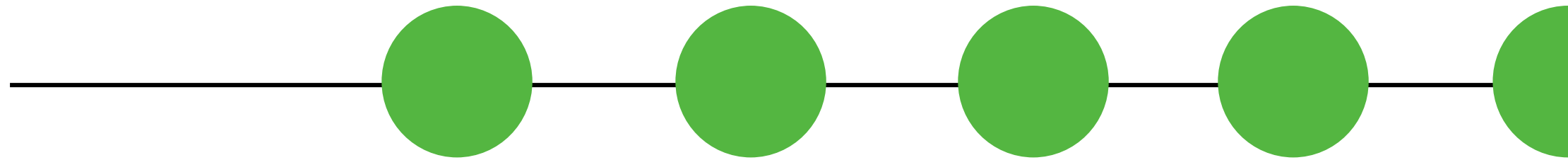
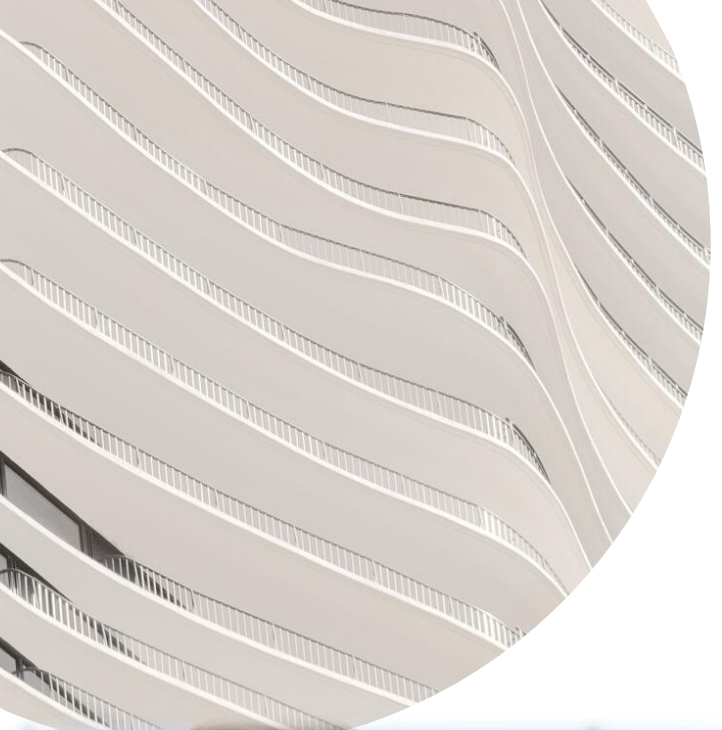
Суставной синдром

РА
СКВ
Саркоидоз

Лихорадка, устойчивая к антибиотикам

Инфекционный мононуклеоз и др. вирусные инфекции
Лимфома
Лимфогранулематоз
РА
СКВ

Второй этап диагностики ЛАП



1) Лабораторная диагностика:

- общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы;
- общий анализ мочи;
- развернутый биохимический анализ крови (общий белок, альбумины, электрофорез глобулинов, билирубин общий и его фракции, активность аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, γ – глутамилтранспептидазы, мочевины, креатинина, холестерина, триглицериды, глюкоза);
- анализ крови на ВИЧ, сифилис, маркеры вирусных гепатитов В и С



Второй этап диагностики ЛАП

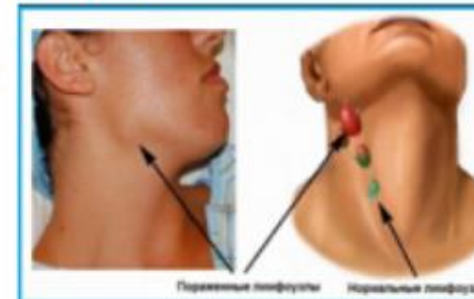
- **Дополнительные исследования:**

- серологическая и молекулярная диагностика **герпесвирусной инфекции** (антитела и ДНК цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барр, вируса простого герпеса 1,2 типов);
- серологическая диагностика **токсоплазмоза, бартонеллеза** (болезнь кошачьей царапины), **бруцеллеза, риккетсиозов, боррелиоза** и др. инфекционных заболеваний;
- **проба Манту**, количественный ИФА на противотуберкулезные антитела;
- специфическая диагностика **системной красной волчанки и ревматоидного артрита**;
- иммунохимическое исследование белков сыворотки крови и концентрированной мочи



Дифференциальный диагноз:

- **Неспецифический регионарный лимфаденит** составляет от 55 до 75% всех лимфаденопатий у детей. Он может быть острым, подострым и хроническим. Чаще наблюдаются острые лимфадениты головы и шеи, что связано с обилием входных ворот инфекции (кариозные зубы, стоматит, тонзиллит, фарингит, гингивит, конъюнктивит, пиодермии, инфицированные раны). В летний период выше удельный вес подмышечных и паховых лимфаденитов из-за повышения двигательной активности и травматизма.
- Наиболее частым возбудителем неспецифического лимфаденита является β -гемолитический стрептококк группы А.
- Клинически отмечается увеличение и болезненность плотноватого лимфоузла, ограничение его подвижности. Кожа над ним гиперемированная и горячая на ощупь, возможен отёк окружающих тканей. В последующем может наблюдаться флюктуация и вскрытие нагноившегося лимфоузла с гноетечением, что сопровождается лихорадкой и воспалительными изменениями в анализах крови.



Дифференциальный диагноз:

- **Инфекционный мононуклеоз** - заболевание, вызываемое ЭБВ, ЦМВ и ВГЧ 6 типа, протекающее с лихорадкой, ангиной, полиаденией, гепатоспленомегалией, появлением атипичных мононуклеаров в периферической крови, в ряде случаев – пятнисто-папулёзной экзантемой.
- Отмечается увеличение шейных (в большей степени), подмышечных и паховых лимфоузлов. Шейные лимфоузлы увеличиваются симметрично с обеих сторон, могут достигать больших размеров, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями, слегка болезненные.
- В гемограмме — лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, наличие атипичных мононуклеаров, умеренное повышение СОЭ. Определяются также ДНК и серологические маркёры возбудителей заболевания.



Дифференциальный диагноз:

- Симптомы **аденовирусной инфекции** во многом сходны с инфекционным мононуклеозом – лихорадка, интоксикация, ринит с обильными выделениями, фарингит, конъюнктивит. Характерно умеренное увеличение шейных лимфоузлов, реже подмышечных и паховых, которые плотноватые при пальпации, безболезненны. Возможна также гиперплазия мезентериальных лимфоузлов, боли в животе, диарея.
- В гемограмме – умеренный лейкоцитоз, лимфо- и моноцитоз, возможно появление атипичных мононуклеаров до 10%.
- В мазках из носоглотки методом иммунофлюоресценции можно обнаружить антигены аденовируса, что подтверждает диагноз.



Дифференциальный диагноз:

- **Токсоплазмоз** - зооантропонозная инфекция, характеризующаяся полиморфной клинической картиной. Основные источники инфекции — домашние животные, кошки. Пути заражения — энтеральный, контаминационный, внутриутробный.
- Увеличение лимфоузлов отмечается как при врожденном, так и при приобретенном заболевании. Поражаются преимущественно шейные и затылочные лимфоузлы. Они эластической консистенции, слабо болезненные (в первые дни) или безболезненные, подвижные, не спаяны между собой и окружающими тканями; у детей младшего возраста чаще полиадения. Возможны симптомы интоксикации. Может быть гепатолиенальный синдром, миокардит, арахноидит, хориоретинит. У новорожденного ребенка – выраженный лимфопролиферативный синдром, желтуха, гепатоспленомегалия, признаки внутричерепной гипертензии, поражение глаз, судороги. В гемограмме - эозинофилия, лимфоцитоз, моноцитоз, ускоренная СОЭ. Методом ИФА выявляются специфические антитела к токсоплазме, в биоптате – скопления пролиферирующих эпителиоидных клеток.



Дифференциальный диагноз:

- **ВИЧ-инфекция** в стадии первичных проявлений типично характеризуется наличием лихорадки, признаков фарингита и генерализованной лимфаденопатией. Характерно также наличие головной боли, миалгии, артралгии, полиморфной сыпи, язвенного поражения слизистых, возможны гепатоспленомегалия, диарея.
- Персистирующая генерализованная лимфаденопатия для большинства больных ВИЧ-инфекцией является первым проявлением болезни. Увеличение лимфоузлов при ВИЧ-инфекции характеризуется следующими особенностями: поражаются 2 и более групп (особенно шейные, надключичные, подмышечные, локтевых) до 2-3 см в диаметре, редко больше; лимфоузлы мягкие или плотноватые, иногда болезненные, подвижные, не спаянные между собой и окружающими тканями.
- Все дети с персистирующей генерализованной лимфаденопатией подлежат обязательному обследованию на ВИЧ-инфекцию методом ИФА.



Дифференциальный диагноз:

- **Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма)** - природно-очаговое трансмиссивное заболевание, характеризующееся полисистемным характером поражения и значительным клиническим полиморфизмом. Заболевание развивается через 2-4 недели после присасывания клеща и характеризуется лихорадкой, интоксикацией, кольцевидной эритемы, образующейся на месте присасывания клеща и в последующем мигрирующей. Кроме того наблюдается увеличение регионарного лимфоузла до 1,5-2 см в диаметре, подвижного, малоблезненного, обычной или плотноватой консистенции.



Дифференциальный диагноз:

- При приобретённой **краснухе** кроме экзантемы наблюдается увеличение затылочных и задне-шейных лимфоузлов.
- **Корь** характеризуется помимо лихорадки, интоксикации, выраженных катаральных явлений, конъюнктивита, ринита также и лимфаденопатией. Могут увеличиваться как шейные лимфоузлы, так и отмечаться полиадения.
- При **ветряной оспе** увеличиваются отдельные лимфоузлы в разных группах как проявление бактериальных осложнений при пустулёзной форме.
- **Внезапная экзантема**, вызываемая ВГЧ 6 и 7 типа, характеризуется лихорадкой в течение 3-6 дней, после чего температура тела стойко нормализуется и появляется пятнистая сыпь с преимущественным поражением шеи и туловища, может быть периферическая лимфаденопатия (чаще шейная).

Дифференциальный диагноз:

- Ряд респираторных патогенов с возможным поражением нижних отделов дыхательных путей может сопровождаться генерализованной и медиастиальной лимфаденопатией. К ним относятся так называемые внутриклеточные респираторные возбудители (*M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae*), возбудители легионеллёза, туберкулёза, гистоплазмоза, кокцидиомикоза и др.
- **Микоплазмоз и хламидиоз** являются широко распространёнными возбудителями острых респираторных инфекций, преимущественно у детей школьного возраста и молодых людей. Клинические проявления указанных заболеваний варьируют от мало- или бессимптомного инфекционного процесса до пневмонии и возможного формирования различных внелёгочных синдромов - кожных высыпаний, артрита, диареи, поражения печени, сердца, нервной системы. Лимфаденопатия наиболее характерна для микоплазменной инфекции. Диагностика осуществляется серологическими методами (ИФА и пр.).

Дифференциальный диагноз:

- При **иерсиниозе и псевдотуберкулёзе** поражаются терминальный отдел тонкого кишечника и мезентериальные лимфоузлы. Иногда также увеличиваются периферические лимфоузлы - паховые и шейные, может быть медиастинальная лимфаденопатия. Клиническая картина включает лихорадку, диарею, абдоминальный синдром, «малиновый язык», фарингит, скарлатиноподобную сыпь с последующим шелушением (часто в виде «носков» и «перчаток» и вокруг крупных суставов). Могут быть узловатая эритема, арталгии/артриты, гепатоспленомегалия, желтуха.
- Этиологию заболевания помогает установить бактериологический посев кала и серологические методы (ИФА, РПГА).



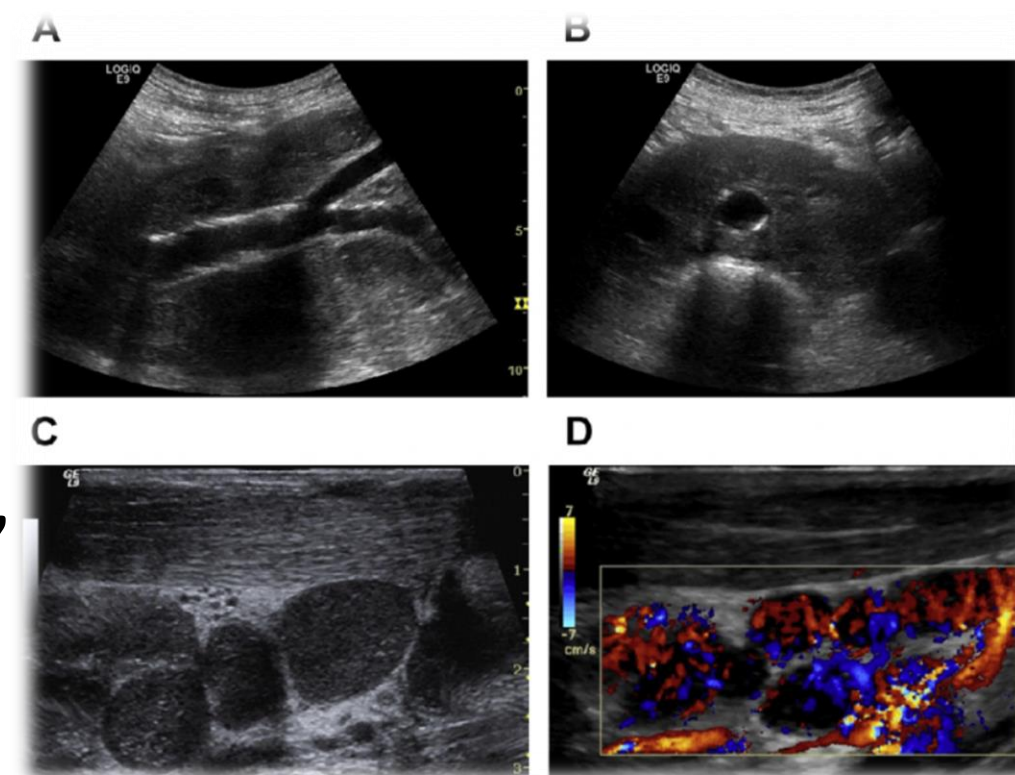
Второй этап диагностики ЛАП:

2) Инструментальная диагностика:

- ультразвуковое исследование лимфатических узлов;
- компьютерная или магнитно-резонансная томография с контрастированием органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства, малого таза

3) Консультации специалистов:

- обязательные специалисты: инфекционист, онколог, отоларинголог;
- дополнительные специалисты: гинеколог, дерматовенеролог, пульмонолог, ревматолог, фтизиатр



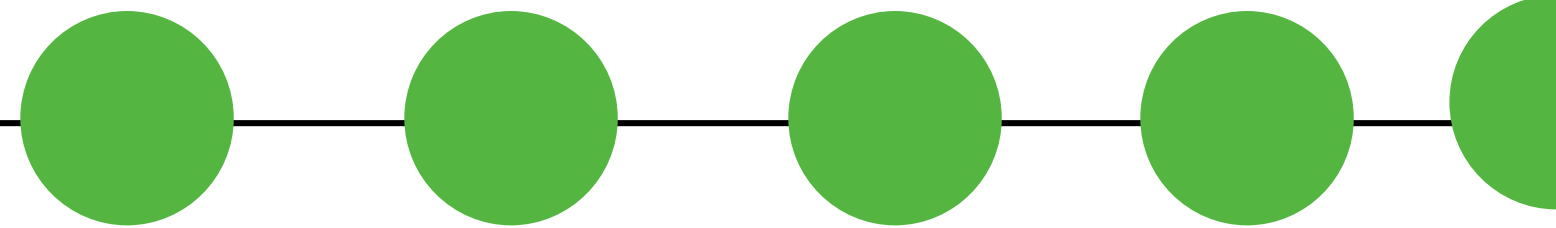
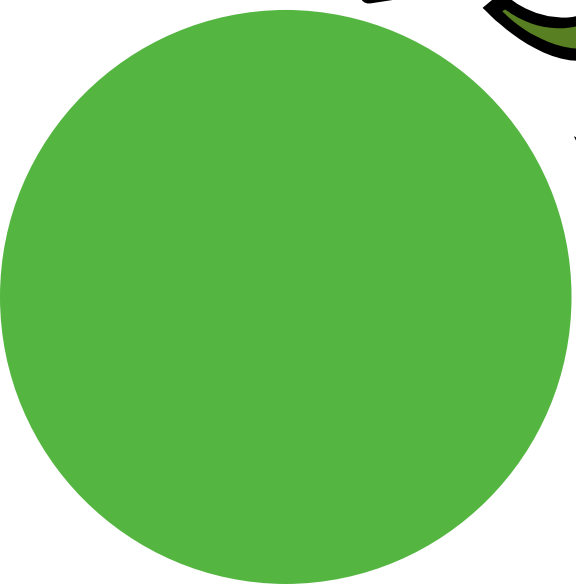
Третий этап диагностики ЛАП:

Показания для направления к гематологу:

- любая необъяснимая лимфаденопатия длительностью более 2-х мес.;
- 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



Основными условиями для установления верного диагноза являются правильный алгоритм действий и тесная кооперация разных специалистов



Благодарим за
внимание и желаем
успехов в
установлении
этиологии
лимфаденопатии!

