



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский
университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Лимфаденопатия: от синдрома к диагнозу (разбор клинических случаев)



к.м.н. доц. Баешко Г.И.
к.м.н. доц. Канана Н.Н.
асс. Марченко Е.Н.

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.

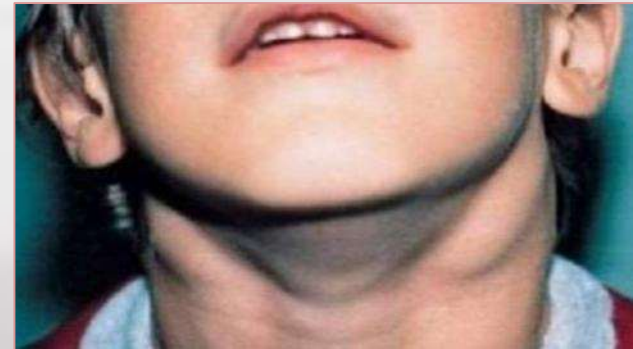
Задержка опухолевых клеток: ловушка либо оазис для блуждающих опухолевых клеток.

Понятие лимфаденопатии

Лимфаденопатия – увеличение в размере и количестве лимфоузлов.

Увеличение лимфатических узлов у детей классифицируется по трем признакам:

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



Классификация лимфаденопатии

По степени вовлеченности узлов в патологический процесс:

- ✓ локальная лимфаденопатия,
- ✓ регионарная лимфаденопатия,
- ✓ генерализованная лимфаденопатия.



локальная лимфаденопатия – увеличение одного узла в определенной зоне;

регионарная лимфаденопатия – одномоментное увеличение нескольких узлов в одной зоне;

генерализованная лимфаденопатия – увеличение узлов сразу в нескольких регионарных областях.



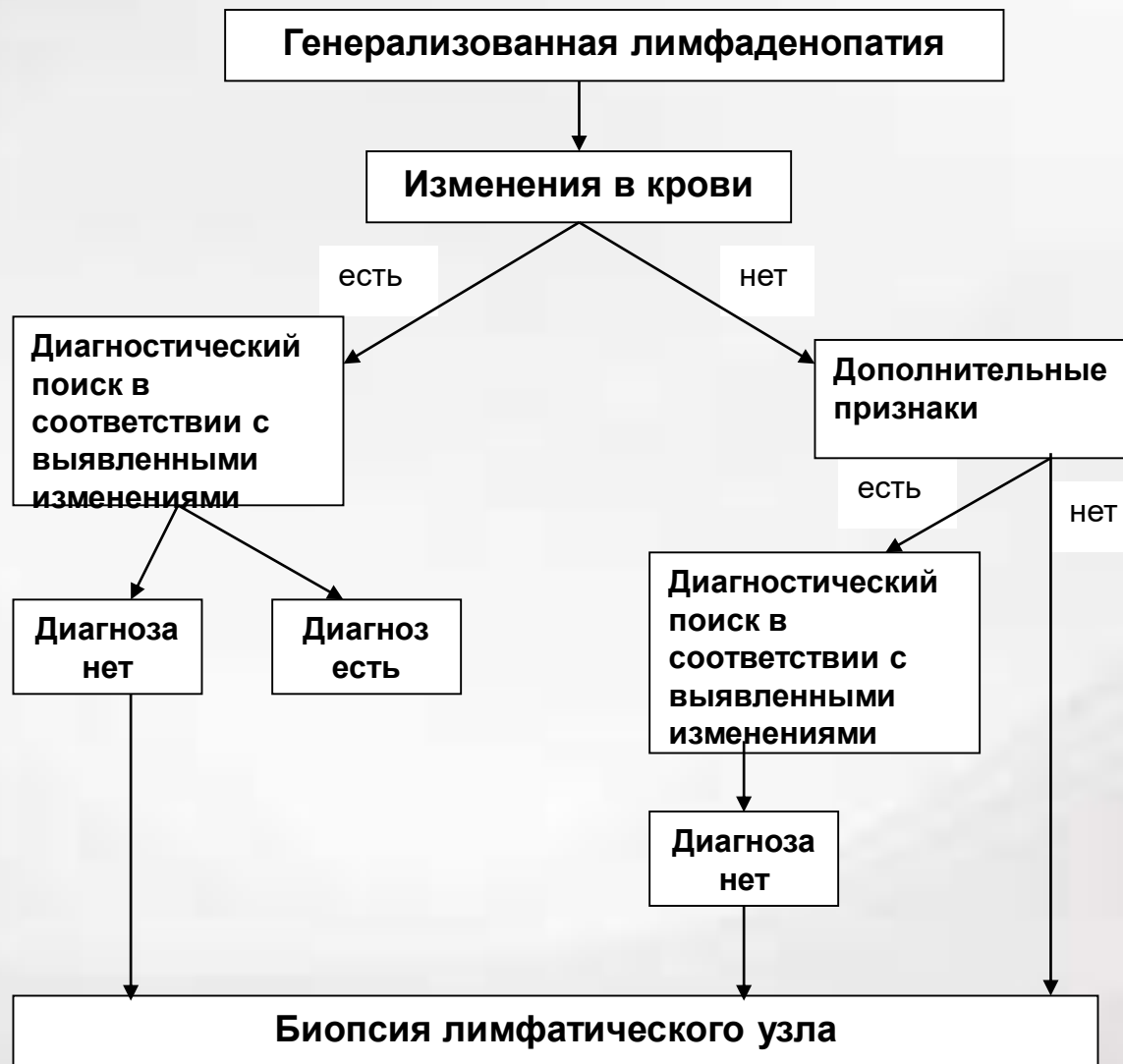
Причины лимфаденопатии

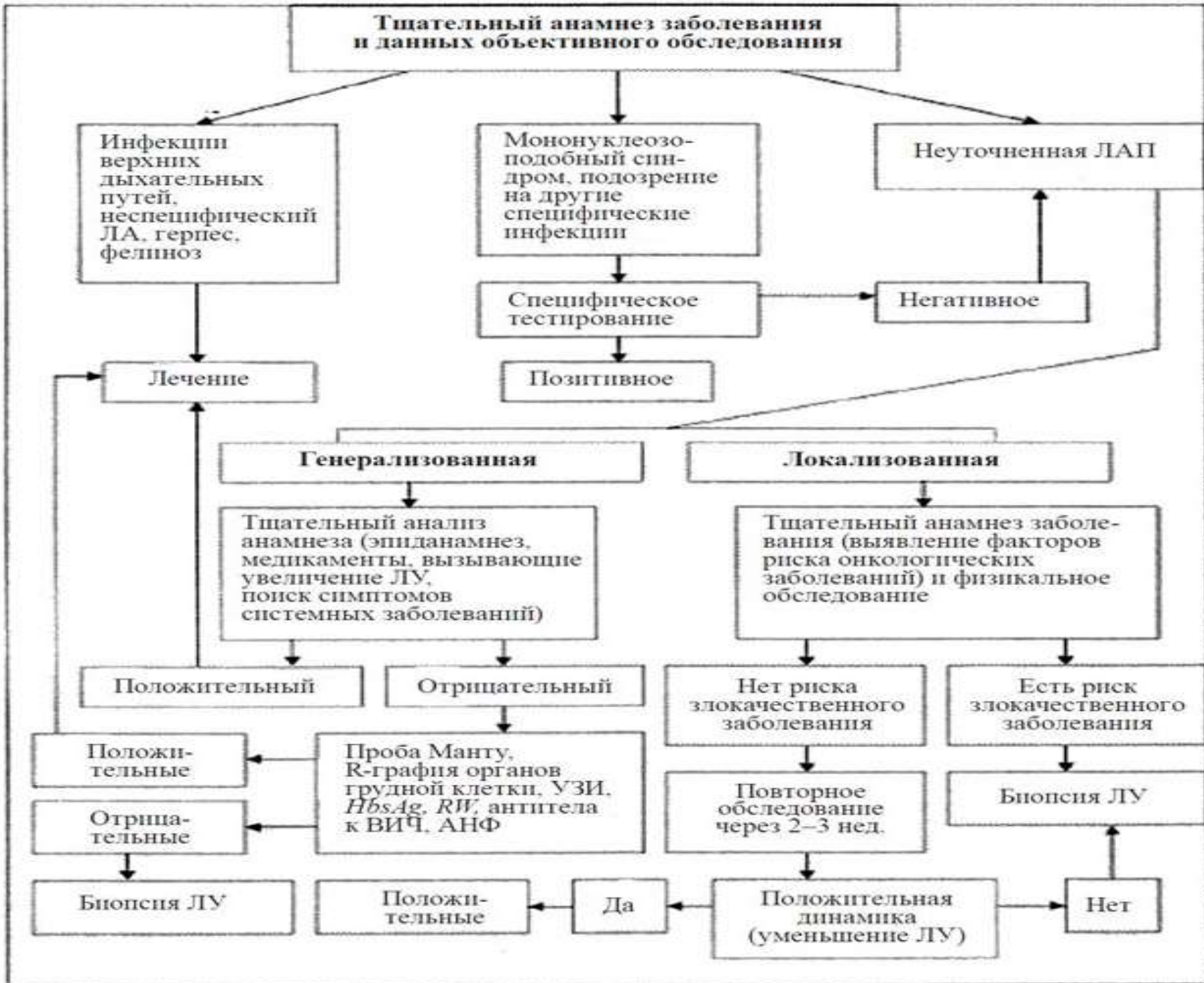


Диагностический алгоритм локальной лимфаденопатии



Диагностический алгоритм при генерализованной лимфаденопатии





Лабораторная диагностика

- 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).



NB! 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.



Показания для консультации онкогематолога

- ✓ 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 с жалобами на увеличение лимфоузлов в подчелюстной и шейной области, некоторое снижение аппетита.

Девочка заболела за месяц до госпитализации, когда мама впервые обратила внимание на увеличение шейного л/узла справа. Консультирована хирургом больницы МВД.

Установлен диагноз: растяжение мышц шеи. Лечились амбулаторно с положительной динамикой. В течение следующего месяца появились лимфоузлы с обеих сторон шеи до 1-1,2 см в диаметре. Осмотрена педиатром по месту жительства, 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+0,5-1 см, край эластичный.

Ребенку взят клинический анализ крови и произведена диагностическая стерильная пункция.

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

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 мазовые 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. Appetit 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 лимфоузлов. Рядом множественные, мелкие 0,3-0,8 см, безболезненные, эластичные, подвижные лимфатические узлы. В шейной области слева пальпируются несколько увеличенных эластичных, безболезненных лимфоузлов до 0,5- 0,7 см. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Auscultативно - 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 результат отрицательный.

Уставлен клинический диагноз:

Острый правосторонний шейный лимфаденит смешанной этиологии.

Назначено лечение; цефалексин, ацикловир.

На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика. Лимфатические узлы уменьшились в размере и количестве до нормы спустя 10 дней. При контрольном осмотре родителям даны рекомендации избегать простудных заболеваний, проведение общеукрепляющих мероприятий.

Выводы

- Лимфаденопатия часто сопровождает различные по этиологии заболевания, являясь как ранним синдромом онкогематологической патологии, так и осложнением инфекционного процесса.
- Представленные клинические случаи позволяют обратить внимание педиатров и семейных врачей на дифференциальную диагностику лимфаденопатий и особенности клинических проявлений дебюта острого лейкоза с целью ранней диагностики и эффективного лечения.

Murray

Спасибо за внимание!

