

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФАДЕНОПАТИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Миранович Сергей Иванович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Белорусского государственного медицинского университета, Минск

Черченко Наталья Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Белорусского государственного медицинского университета, Минск

Глинник Александр Владимирович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Белорусского государственного медицинского университета, Минск

Самсонов Сергей Владимирович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Белорусского государственного медицинского университета, Минск

Miranovich Sergey I., PhD, Associate Professor of the Department of Maxillofacial Surgery of the Belarusian State Medical University, Minsk
Chervenchenko Natalia N., PhD, Associate Professor of the Department of Maxillofacial Surgery of the Belarusian State Medical University, Minsk
Glinnik Alexander V., PhD, Associate Professor of the Department of Maxillofacial Surgery of the Belarusian State Medical University, Minsk
Samsonov Sergey V., PhD, Associate Professor of the Department of Maxillofacial Surgery of the Belarusian State Medical University, Minsk
 Differential diagnostic of lymphadenopathy of oral and maxillofacial region

Резюме. Лимфаденопатии – группа заболеваний, у которых изменения в лимфатических узлах свидетельствуют об активности и состоянии ответа на патологический агент. Причину проявления лимфаденита выявить сложно, так как увеличение лимфоузлов отмечается при заболеваниях крови, злокачественных опухолях, хронических специфических воспалительных процессах. В зависимости от распространенности различают: локальную, регионарную, генерализованную лимфаденопатию. Генерализованное увеличение лимфатических узлов может наблюдаться при инфекционном мононуклеозе, цитомегаловирусной инфекции, токсоплазмозе, бруцеллезе, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и т.д. В статье описана клиническая картина и методы диагностики различных видов лимфаденопатий, акцентировано внимание на инфекционные заболевания, часто протекающие с вовлечением лимфоидной ткани: бактериальные, микробные, грибковые, хламидийные, паразитарные, вирусные. Отмечен перечень лекарственных препаратов, вызывающих синдром лимфаденопатии с описанием диагностических и клинических критериев. Описаны особенности течения данной патологии у детей. Представлены диагностические критерии болезней, проявляющихся синдромом лимфаденопатии: неспецифический лимфаденит, инфекционный мононуклеоз, туберкулез периферических лимфатических узлов, ВИЧ-инфекция, лимфома Ходжкина, неходжкинские лимфомы, хронический вирусный гепатит, болезни Стилла, Гоше, макроглобулинемия Вальденстрема, саркоидоз, туляремия, болезнь Лайма, стрептококковое поражение кожи, болезнь кошачьих царапин. Дана характеристика лимфаденопатий неясного генеза: болезни Бенъе – Бека – Шаумана, синдромов Брилла – Симмерса, Созари, Симмерза, Кастлемана, Казала, Франклина, Прасада – Каоузы, Потрие – Ворингера, Пирингера.

Ключевые слова: лимфаденопатия, лимфатический узел.

Современная стоматология. – 2018. – №1. – С. 9–14.

Summary. Lymphadenopathy is a group of diseases in which changes in the lymph nodes indicate activity and status of the response to a pathological agent. The cause of the symptoms of lymphadenitis are often difficult to detect, because lymph node enlargement is noted: blood diseases, malignant blood, malignant tumors, chronic specific inflammatory processes. Depending on the prevalence are distinguished: local, regional, generalized lymphadenopathy. Generalized lymphadenopathy may be observed in infectious mononucleosis, cytomegalovirus infection, toxoplasmosis, brucellosis, tuberculosis, HIV infection, etc. this article describes the clinical picture and diagnosis of different types of lymphadenopathy, paying special attention to infectious diseases is often accompanied with involvement of lymphoid tissue: bacterial, microbial,

fungal, chlamydial, parasitic, viral. Noted the list of drugs that cause lymphadenopathy syndrome with a description of the diagnostic and clinical criteria. The specified peculiarities of this disease in children. Describes the diagnostic criteria of the disease manifested by lymphadenopathy syndrome: nonspecific lymphadenitis, infectious mononucleosis, tuberculosis of peripheral lymph nodes, HIV infection, Hodgkin's lymphoma, non-Hodgkin's lymphoma, chronic viral hepatitis, and still's disease, Gaucher, macroglobulinemia Waldenström's, sarcoidosis, tularemia, Lyme disease, streptococcal skin lesions, disease of the cat scratches. The characteristic lymphadenopathy of unknown origin: a disease Besnier – Beck – Showman, syndromes Brill – Symmers, Sozeri, Immerse, Castlemaine, Casal, Franklin, Prasad – Cousy, Potrie – Woringe, Piringe.
Keywords: lymphadenopathy, lymph node.

Современная стоматология. – 2018. – N1. – P. 9–14.

За последние годы проблема диагностики и лечения больных с лимфаденопатией стала более актуальной, что объясняется значительным увеличением количества пациентов с данной патологией и утяжелением клинической картины. Довольно часто причину развития лимфаденопатии затруднительно выявить. Увеличение лимфоузлов отмечается при заболеваниях крови, злокачественных опухолях, а также при хронических специфических воспалительных процессах. Поэтому умение дифференцировать лимфаденопатию по причинам их возникновения дает возможность проведения адекватного лечения.

Лимфаденопатия (новолат. *lymphadenopathia*; лат. *lymph* – чистая вода, влага + греч. *ἀδην* – 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 (*lymphadenitis*) – воспаление лимфатического узла. Он может протекать в острой (серозный, гнойный) и хронической (гиперпластический, специфический, обострившийся) формах [7].

В 1996 году В.Е. Поляков и Ю.Г. Алексиевский предложили классификацию лимфаденитов.

1. Вульгарные неспецифические или банальные лимфадениты.
2. Специфические лимфадениты.
3. Лимфопролиферативные заболевания и состояния неопухоловой природы.
4. Злокачественные (системные и солидные) опухоли.

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

- А – по течению заболевания: острые, подострые, хронические.

- Б – по локализации: изолированные, регионарные, распространенные, генерализованные.

- В – по морфологии: гиперпластические (фолликулярные), десквамативные (синусовые), смешанные, продуктивные (васкулярные).

Лимфангит (лат. *lymph* + др.-греч. *ἀγγεῖον* – сосуд) – воспаление лимфатических сосудов.

Аденофлегмона – это гнойное воспаление абсцедирующего лимфатического узла, при котором происходит распространение инфекции за его пределы и вовлечение в воспалительный процесс близлежащей клетчатки [4].

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) [1, 2].

Классификация лимфаденопатий

Лимфаденопатию принято разделять по таким критериям, как место и степень поражения, перечисление нозологических форм, сопровождающихся поражением лимфатических узлов.

В теле человека насчитывается около 600 лимфатических узлов, однако в норме пальпаторно могут определяться только подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы [5, 6].

В зависимости от степени поражения различают такие варианты лимфаденопатий (ЛАП):

- *локальную* – увеличение одного лимфоузла в одной из областей (единичные шейные, надключичные и т.д.);

- *регионарную* – увеличение нескольких лимфоузлов в одной или двух смежных областях (надключичные и подмышечные, шейные и надключичные и т.д.);

- *генерализованную* – увеличение лимфоузлов более чем в трех областях (шейные, надключичные, подключичные, подмышечные и др).

Регионарная ЛАП отмечается при стрептококковой, стафилококковой инфекции, туляремии, туберкулезе, сифилисе, генитальном герпесе. Генерализованное увеличение лимфоузлов описано при инфекционном мононуклеозе, цитомегаловирусной инфекции, токсоплазмозе, бруцеллезе, туберкулезе, ВИЧ/СПИДе, болезнях накопления и др. При этом ЛАП возникает в результате попадания в лимфоузел бактерий либо вирусов и их токсинов лимфогенным, гематогенным и контактным путями.

В клинической практике также часто выделяют острую ЛАП, которая характеризуется коротким подострым периодом, лихорадкой, локальной болезненностью при пальпации, и хроническую ЛАП, отличающуюся большей длительностью, как правило, отсутствием болезненности или ее малой выраженностью. При хроническом воспалении, в отличие от острого, лимфоузлы обычно не спаиваются с окружающими тканями. При развитии острой ЛАП отмечается серозный отек, а воспалительные явления не выходят за пределы капсулы лимфоузла, однако при деструктивных процессах воспаление может переходить на окружающие ткани и по характеру быть серозным или гнойным [5, 6].

Инфекционные заболевания, наиболее часто протекающие с вовлечением лимфоидной ткани

1. Бактериальные (все пиогенные бактерии, сифилис, туляремия, болезнь кошачьих царапин).
2. Микобактериальные (туберкулез, лептоспир).
3. Грибковые (листоплазмоз, кокцидиоз).
4. Уламидиозные (генерическая лимфогранулема).

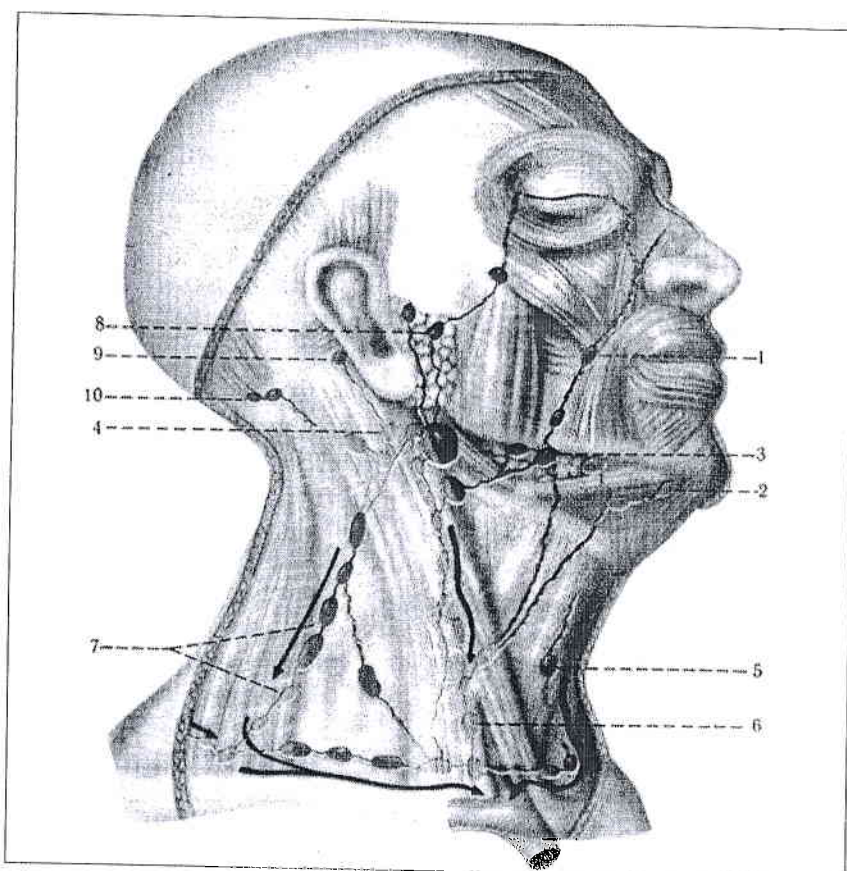


Рис. Лимфатические узлы головы и шеи: 1 – *nodi lymphatici buccales*; 2 – *nodi submentales*; 3 – *nodi lymphatici submandibulares*; 4 – *nodi lymphatici cervicales profundi superiores*; 5 – *nodi lymphatici cervicales superficiales anteriores*; 6 – *nodi lymphatici cervicales profundi inferiores*; 7 – *nodi lymphatici cervicales profundi laterales*; 8 – *nodi lymphatici parotidei superficiales*; 9 – *nodi lymphatici retroauriculares*; 10 – *nodi lymphatici occipitales*

5. Паразитарные (токсоплазмоз, трипаносомоз, филяриоз).

6. Вирусные (вирус Эпштейна – Барр, цитомегаловирус, корь, гепатит, ВИЧ).

Лекарственные препараты, вызывающие синдром лимфаденопатии: фенитоин, карбамазепин, аллопуринол, атенолол, каптоприл, пенициллин, цефалоспорины, сульфаниламиды, препараты золота, гидралазин, пириметамин, хинидин.

Диагностика

Основными критериями дифференциальной диагностики синдрома ЛА, полученными при первичном осмотре больных, могут служить:

- возраст больных;
- анамнез (инфекционный, профессиональный, миграционный);
- характеристики лимфоузла: 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 ЛАП. Так, инфекционный мононуклеоз чаще встречается в детском и юношеском возрасте, а хронический лимфолейкоз – у лиц старших возрастных групп. В 80% случаев регионарная ЛАП у лиц моложе 30 лет имеет инфекционное происхождение, а у людей старше 50 лет в 60% случаев – неопластический генез. Однако при этом все же возраст больного может служить лишь одним из ориентиров диагностического поиска.

Клиника лимфаденопатии

Основным симптомом ЛАП 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.

Клиническое обследование

При наличии локализованной ЛАП необходимо исследовать области, от которых лимфа оттекает в данную группу лимфоузлов, на предмет наличия воспалительных заболеваний, поражений кожи, опухолей. Необходимо также провести тщательное обследование всех групп лимфоузлов, в том числе несмежных для исключения генерализованной ЛАП. В случае обнаружения увеличенных лимфоузлов необходимо отметить следующие их характеристики: размер, болезненность, консистенция, связь между собой, локализация.

Размер. Нормальным размером лимфоузла считается диаметр не более 1 см. Локтевой лимфоузел – более 0,5 см, паховые – более 1,5 см следует считать патологическими.

Для удобства оценки воспалительной реакции со стороны лимфоузла ряд авторов предлагают 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 лимфоузлов не дает возможности предположить диагноз, однако, по некоторым данным, наиболее подозрительными на злокачественное поражение являются лимфоузлы размером более 1×1 см. У детей увеличение лимфоузлов более 2 см в диаметре наряду с наличием изменений при рентгенографии легких и отсутствии воспалительных заболеваний уха, носа, глотки подозрительно

на наличие гранулематозного процесса (туберкулеза, болезни кошачьих царапин, саркоидоза) или злокачественного заболевания (лимфомы).

При лимфоузлах размером не более 1 см³ чаще отмечается реактивная ЛАП, а при их размере больше 2 см³ следует подозревать опухолевый или гранулематозный процесс.

Болезненность. При быстром увеличении лимфоузла в объеме происходит растяжение его капсулы, что вызывает боль. Болевые ощущения также возникают при воспалительном процессе с нагноением, но могут появляться при кровоизлиянии в некротический центр лимфоузла при злокачественном поражении. Наличие или отсутствие боли не является диагностическим признаком доброкачественности и злокачественности заболевания.

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

Связь между собой. Группа лимфоузлов, которая кажется взаимосвязанной и смещается как единое целое называется конгломератом [2]. Конгломераты лимфоузлов встречаются при доброкачественных (туберкулез, саркоидоз, венерическая лимфогранулема) и злокачественных (метастазы, лимфомы) заболеваниях.

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

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

Алгоритм параклинического обследования пациента с синдромом ЛАП

При **первичном осмотре** пациента проводится обязательное лабораторно-инструментальное обследование, включающее в себя [3]:

- 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.

Так, лейкоцитоз и сдвиг формулы влево свидетельствуют в пользу бактериального поражения лимфоузлов (стафилококковой, стрептококковой, синегнойной, гемофильной этиологии); лимфоцитоз и моноцитоз обычно характерны для заболеваний вирусной этиологии (герпес, цитомегаловирус, вирус Эпштейна – Барр и др.).

При **углубленном обследовании** пациента с ЛАП возникает необходимость в использовании дополнительных инструментальных и лабораторных методов. Одним из них является ультразвуковое исследование (УЗИ) лимфоузлов, которое позволяет уточнить их размеры, определить давность патологического процесса и его остроту. При остром воспалении определяется гипэхогенность и однородность лимфоузлов. Спаянные лимфоузлы позволяют предположить продолжительность заболевания более 2 месяцев. При хроническом течении процесса эхогенность лимфоузлов повышается.

В **биоптатах** лимфоузлов могут обнаруживаться различные по своей природе морфологические изменения: явления

гиперплазии при антигенной стимуляции; признаки острого и хронического воспаления с диффузным поражением лимфоузлов или очаговыми специфическими и неспецифическими изменениями вследствие реакции на вирусы, бактерии, грибы или паразитов; изменения, характерные для разнообразных опухолей лимфоузлов и метастазов.

Диагностика болезней, проявляющихся синдромом лимфаденопатии

Неспецифический лимфаденит. Поражаются лимфатические узлы в паховой и подмышечной зоне. Они увеличиваются и становятся неподвижными, при этом неспаянными между собой. При прогрессировании заболевания могут появляться такие симптомы, как головная боль, лихорадка, озноб. В анализе крови – увеличение СОЭ. Заболевание может дать осложнение в виде абсцесса, флеботромбоза, сепсиса и лимфостаза.

Инфекционный мононуклеоз 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°C. Во время заболевания может проявляться катаральный или лакунарный тонзиллит. При желтушных формах мононуклеоза у пациентов определяются выраженные изменения печени.

Туберкулез периферических лимфатических узлов чаще всего проявляется у детей и подростков. Зачастую 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 повышенное СОЭ и умеренно выраженный лейкоцитоз.

ВИЧ-инфекция. Стадия генерализованной ЛАП относится к числу закономерных состояний при ВИЧ-инфекции и отмечается у 90% больных. При этом в процесс вовлекаются локтевые, под- и надключичные, подбородочные, подчелюстные, окологлазничные и заушные, затылочные

и особенно часто – подмышечные и шейные лимфоузлы. Реже увеличиваются паховые, бедренные и подколенные лимфоузлы. ЛАП может рассматриваться как клинический признак ВИЧ-инфекции, если она поражает не менее двух групп лимфоузлов и сохраняется более 3 месяцев.

Лимфома Ходжкина. Клинически заболевание проявляется увеличением различных групп лимфатических узлов, которые имеют плотнoэластическую консистенцию, безболезненны и при этом

есть увеличение СОЭ и нейтрофильный лейкоцитоз. Лихорадка устойчива к лечению антибиотиками.

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

“ 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 ”

не спаяны с кожей. У большинства пациентов первичное поражение локализуется выше диафрагмы. Первыми симптомами болезни являются: затруднение дыхания, кашель, потеря веса на 10%, повышение температуры выше 38°C [5, 6].

Неходжкинские лимфомы – 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, а также механической желтухи.

Хронический вирусный гепатит. Симптомами заболевания может быть лихорадка, геморрагический васкулит, лимфаденопатия, поражение легких, синдром Шегрена и полисерозиты. Эти внепеченочные симптомы часто могут стать первыми симптомами заболевания печени.

Болезнь Стилла – форма ювенильного ревматоидного артрита у детей в возрасте до 16 лет. Поражаются те же суставы, что и при остальных формах ревматоидного артрита – коленные, лучезапястные, голеностопные. Симптомы заболевания: лихорадка, увеличение селезенки и лимфатических узлов, кожные папулезные и геморрагические высыпания, в крови больных наблюда-

ется наличие специфических клеток Гоше [5, 6].

Макроглобулинемия Вальденстрема. Заболевание является одним из видов хронического лейкоза. В результате выработки моноклонального макроглобулина опухолевыми лимфоидными клетками развивается поражение сосудов. Симптомами заболевания является увеличение селезенки, мочевого синдром и геморрагические кожные высыпания. Также характерна анемия и значительное увеличение СОЭ.

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°C, головная боль, боли в мышцах, слабость, отсутствие аппетита. В тяжелых формах: 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°C, 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 ее месте появляется эрозия.

Болезнь кошачьих царапин возникает при контакте с инфицированными кошками. На месте царапины появляются язвы или пустулы. Типичные симптомы: лихорадка, гепатоспленомегалия, регионарный лимфаденит и экзантема.

К числу лимфаденопатий неясного генеза относят следующие [5, 6].

1. Болезнь Бенье – Бека – Шаумана – генерализованный доброкачественный гранулематоз неясной этиологии: увеличение всех, особенно эндоторакальных, лимфоузлов; 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 лейкопения, лимфопения, эозинофилия и моноцитоз. Прогноз благоприятный: лимфоузлы уменьшаются, кожные инфильтраты рассасываются в течение месяцев или нескольких лет, оставляя рубцы.

2. Синдром Брилла – Симмерса – увеличенные безболезненные плотные лимфоузлы. В начале болезни увеличиваются обычно шейные лимфоузлы. Увеличены печень и селезенка. Его отличает от инфекционного мононуклеоза нормальная температура. При этом синдроме нередко спонтанные переломы костей, асцит, нарушение функции кишечника. В терминальной стадии развивается кахексия. Болеют преимущественно мужчины среднего возраста.

3. Синдром Созари – увеличение лимфоузлов 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 Созари – аномальных (неопластических) Т-лимфоцитов (хелперов).

4. Синдром Симмерза – редкая локализованная ЛАП у больных с генерализованной эритродермией.

5. Синдром Кастрелена – доброкачественная гиалинизирующая плазмноклеточная гиперплазия лимфоузлов, преимущественно подмышечных, забрюшинных. Клиническая картина определяется величиной и локализацией увеличенных лимфоузлов и их давлением на соседние органы.

6. Синдром Казала – неясной этиологии, проявляется множественными безболезненными узловатыми подкожными инфильтратами, увеличением лимфоузлов 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 лимфоузлов, нерегулярная лихорадка, увеличение печени и селезенки, асцит. Отмечается отек неба, языка и над-

гортанника. В крови анемия, лейкопения с относительным лимфоцитозом, эозинофилия, плазмцитоз; увеличение уровня β - и γ -глобулинов. Легко присоединяется интеркуррентная инфекция, являющаяся нередко причиной смерти больных.

8. Синдром Прасада – Коузы – наследственная ЛАП с γ -глобулинемией. Болезнь проявляется только в зрелом возрасте, постепенно увеличиваются все регионарные лимфоузлы, печень и селезенка. В крови анемия, полностью отсутствуют γ -глобулины. При пункции лимфоузлов, печени и селезенки – неспецифическое воспаление с гранулематозом.

9. Синдром Потрие – Ворингера – локализованное или генерализованное припухание лимфоузлов как вторичное проявление дерматозов, возникающее обычно у пожилых мужчин спустя несколько месяцев или лет в виде увеличения отграниченных, подвижных лимфоузлов, достигающих величины грецкого ореха. Увеличиваются паховые и подмышечные, реже локтевые, шейные и парамаммарные лимфоузлы. С ослаблением дерматоза лимфоузлы

уменьшаются. Образуется меланодермия, меланинурия, эозинофилия, прогрессирующая анемия. Малигнизации лимфоузлов не наблюдается.

10. Синдром Пирингера – подострый доброкачественный негноной лимфаденит, преимущественно в области шейных лимфоузлов, наблюдается у больных с рецидивирующими ангинами и ревматоидными суставными симптомами в анамнезе. Самочувствие больных обычно не нарушено, температура нормальная. В крови повышено содержание уровня глобулинов при нормальных показателях общего белка. В течение нескольких месяцев симптомы болезни исчезают.

Заключение

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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Марков А.И. Анатомия сосудов и нервов головы и шеи / А.И. Марков, И.М. Байриков, С.И. Буланов. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – С.41–46.
2. Будылина С.М. Физиология челюстно-лицевой области: Учебник / Под ред. С.М. Будылиной, В.П. Дегтярева. – М.: Медицина, 2000. – С.23.
3. Пасевич И.А. Инфракрасное низкоинтенсивное лазерное излучение в диагностике и комплексном лечении острого неспецифического лимфаденита лица и шеи у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 1996. – 18 с.
4. Шаргородский А.Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи: Руководство для врачей / Под ред. А.Г. Шаргородского. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – С.347–356.
5. Дворецкий Л.И. Дифференциальный диагноз при лимфаденопатиях // Справочник поликлинического врача. – 2005. – Т.3, №2. – С.3–9.
6. Зайков С.В. Дифференциальная диагностика синдрома лимфаденопатии // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2012. – №4. – С.16–24.
7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 2000. – С.260–263.

REFERENCES

1. Markov A.I., Bayrikov I.M., Bulanov S.I. *Anatomiya sosudov i nervov golovy i shei* [Anatomy of the vessels and nerves of the head and neck]. Rostov n/D: Feniks, 2005, pp.41–46. (in Russian).

2. Budylina S.M. *Fiziologiya chelyustno-litsevoy oblasti: Uchebnik* [Physiology of the maxillofacial area: Textbook]. M.: Meditsina, 2000, p.23. (in Russian).
3. Pasevich I.A. *Infrakrasnoye nizkointensivnoye lazernoye izlucheniye v diagnostike i kompleksnom lechenii ostrogo nespetsificheskogo limfadenita litsa i shei u detey* [Infrared low-intensity laser radiation in the diagnosis and complex treatment of acute nonspecific lymphadenitis of the face and neck in children]: Diss. ... kand. med. nauk. Smolensk, 1996, 18 p. (in Russian).
4. Shargorodskiy A.G. *Klinika, diagnostika, lecheniye i profilaktika vospalitel'nykh zaboлевaniy litsa i shei: Rukovodstvo dlya vrachey* [Clinic, diagnosis, treatment and prevention of inflammatory diseases of the face and neck: A guide for doctors]. M.: GEOTAR-MED, 2002, pp.347–356. (in Russian).
5. Dvoretskiy L.I. *Differentsial'nyy diagnoz pri limfadenopatiyakh* [Differential diagnosis of lymphadenopathy]. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha*, 2005, vol.3, no.2, pp.3–9. (in Russian).
6. Zaykov S.V. *Differentsial'naya diagnostika sindroma limfadenopatii* [Differential diagnosis of lymphadenopathy syndrome]. *Klinicheskaya immunologiya. Allergologiya. Infektologiya*, 2012, vol.4, pp.16–24. (in Russian).
7. Robustova T.G. *Khirurgicheskaya stomatologiya* [Surgical dentistry]. M.: Meditsina, 2000, pp.260–263. (in Russian).

Поступила 08.12.2017 г.
Принята в печать 08.02.2018 г.

Адрес для корреспонденции
220108, Республика Беларусь,
г. Минск, ул. Корженевского, 4
(11-я городская клиническая больница)
Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра челюстно-лицевой хирургии
тел.: +375 17 225-88-24
e-mail: facesurg@bsmu.by

Address for correspondence
220108, Republic of Belarus,
Minsk, Korzhenevsky str., 4
(11th City Clinical Hospital)
Belarusian State Medical University
Department of Maxillofacial Surgery
phone: +375 17 225-88-24
e-mail: facesurg@bsmu.by

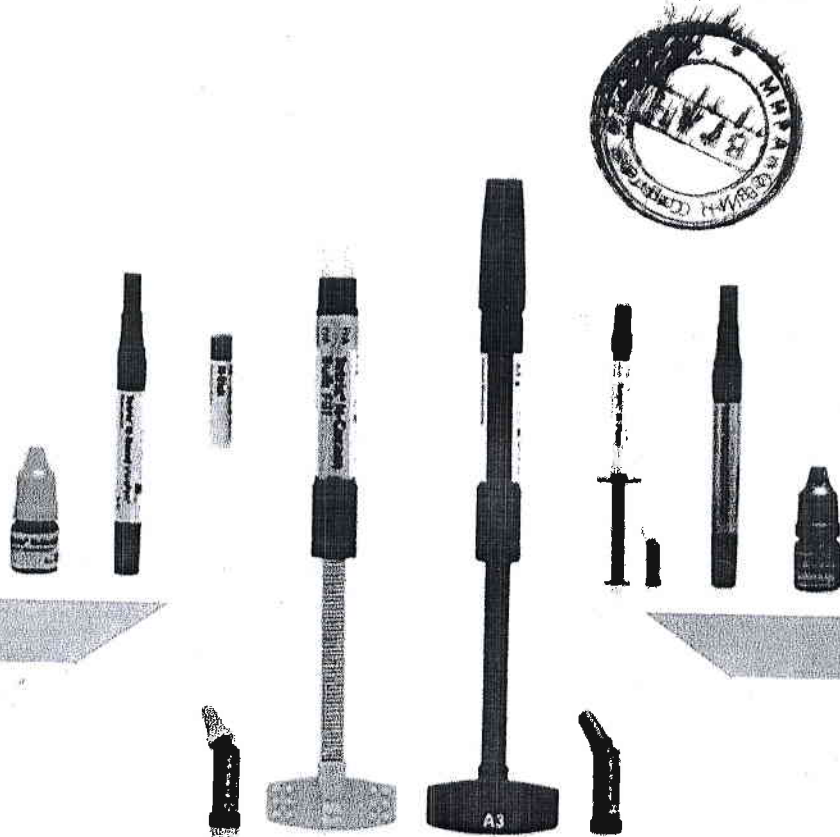
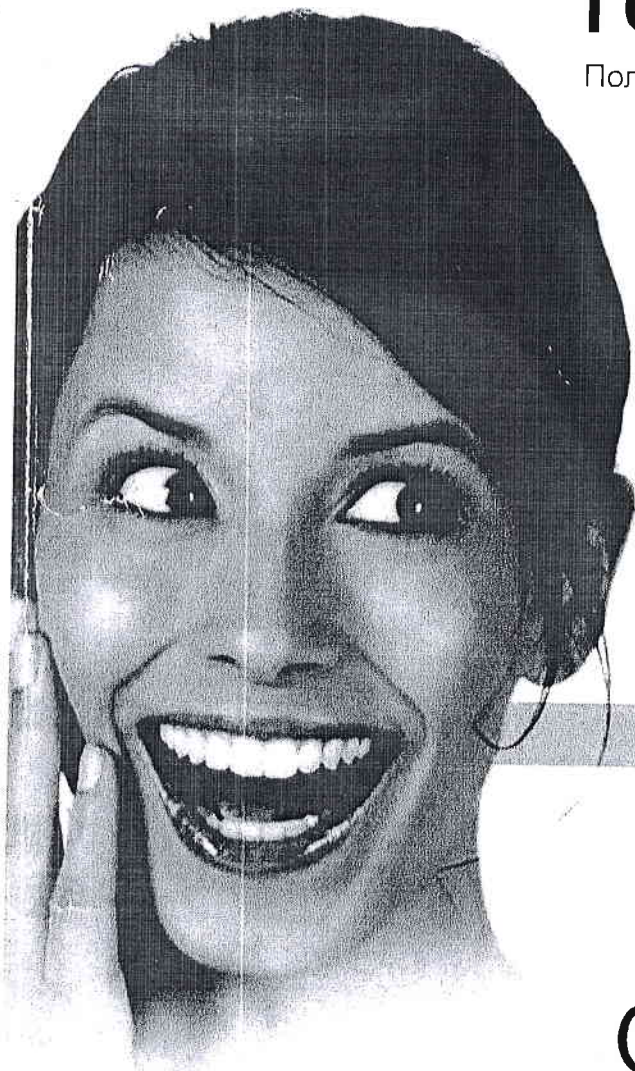
Современная СТОМАТОЛОГИЯ

1•2018

www.mednovosti.by

Tetric® N-Collection

Полная нано-оптимизированная реставрационная система



Откройте для себя нашу
новейшую КОЛЛЕКЦИЮ

Tetric® N-Collection
Tetric® N-Ceram | Tetric® N-Ceram Bulk Fill | Tetric® N-Flow | N-Etch | Tetric® N-Bond | Tetric® N-Bond Universal

СП «DINA INTERNATIONAL»
220004, г. Минск, ул. Немига, 40-25/1.
Тел./факс: (+375 17) 200 50 70, 200 69 47, 200 69 25
Тел./факс: (+375 29) 388 03 08
www.dinamed.by
E-mail: ab@dinamed.by

ООО «ДЕНТИ»
220012, г. Минск, ул. Некрасова, 114-75.
Тел.: (+375 17) 287 83 90, 287 83 91
Факс: (+375 17) 287 83 93

ivoclar
vivadent®
passion vision innovation