

ISSN 2221-7088

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

# СТОМАТОЛОГ

2(25)-2017

**ПОДПИШИСЬ!**  
74817  
для индивидуальных подписчиков  
748172  
для организаций

для России -  
e-mail:  
gladkih@viniti.ru  
тел. +7 (495) 787 38 73

для Украины -  
presa.ua,  
тел. (044) 248 76 63,  
(044)248 04 06

для Латвии -  
pks.lv,  
тел.+371 673 20148  
+371 675 09 742

**STOMATOLOGIST**

**JOURNAL SCIENTIFIC-PRACTICAL**

**WWW.JOURNAL-STOMATOLOG.BY**

**MINSK**

im  
т  
.. / ' £ ¥ . \*

9 772221 708003 17002

В\*? ЖС

# СТОМАТОЛОГ

## Содержание

Выпуск 2(25)~2017

### Х С Q Н М К А . CHRONICLES

Международный конгресс по дентальной имплантологии: форум науки и памяти  
*International Congress on Dental Implantology: Science and Memory Forum*

С. Вотинова

*S. Votnova*

### НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ SCIENTIFIC PUBLICATION

Методика усталостных испытаний композитно-армированных культевых штифтовых вкладок с армирующими элементами  
*Methods of fatigue testing of reinforced composite posts with a different number of reinforcing elements*

С.П.Рубникович,  
А.Д.Фисюнов,  
В.Н. Бусько

*S.P. Rubnikovich, A.D. Fisjunov,  
V.N. Busko*

Особенности гистологического строения аденолимфомы слюнной железы в клинической практике  
*Adenolymphoma of salivary gland: histological features and clinical and morphological variants*

А.С. Ластовка,  
А.М. Неровня,  
И.В. Дударева

*AS. Lastovka, A.M. Nerovnya,  
I.V. Dudareva*

Сравнительная оценка физико-механических свойств пакуемых стеклокерамических цементов  
*Comparative evaluation of physical and mechanical properties packable glass ionomer cements*

А.А. Петрук,  
Г.Г. Чистякова

*A.A. Petrouk,  
G.G. Chistyakova*

Молекулярно-генетический анализ полиморфного XbaI гена ESR1 у детей, которым проводилась анестезия полости рта под общим обезболиванием  
*Molecular genetic analysis of polymorphic locus XbaI 'gene ESR1 in children whom conducted treatment under general anesthesia*

Г.М. Солонько

*H.M. Solonko*

Частота вторичных зубочелюстных деформаций и дефектов зубных рядов у беременных  
*Frequency of secondary dentoalveolar deformations and dental defects at pregnant women*

В.В. Пехньо

*W. Pekhnyo*

Уровень общих IgE и специфических IgE у пациентов с гиперчувствительностью к компонентам дентальных сплавов

И.Ю. Карпук

*I.U. Karpuk*

### ОБЗОРЫ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАТЬИ REVIEWS, EDUCATIONAL ARTICLES

Вопросы комплексного лечения одонтогенного сепсиса. Современный взгляд на проблему и перспективы решения  
*The complex treatment of odontogenic sepsis. Modern view on the problem and the prospects of its solution*

И.О. Походенько-Чудакова,  
А.А. Кабанова

*I.O. Pohodenko-Chudakova,  
A.A. Kabanova*

## ЛИМФАДЕНОПАТИИ ЧЕЛЮСТНОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

С.И. Миранович<sup>1</sup>, Н.Н. Черченко<sup>2</sup>, А.В. Глинник<sup>3</sup>, С.В. Самсонов<sup>4</sup>

## LYMPHADENOPATHY OF MAXILLOFACIAL REGION

Sergey I. Miratuyvich<sup>1</sup>, Natalia N. CYvarcYvetvko<sup>2</sup>, Alexander V. Glinnik<sup>3</sup>, Sergey V. Samsonov<sup>4</sup>

<sup>1</sup>канд. мед. наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь  
<sup>2</sup>канд. мед. наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь  
<sup>3</sup>канд. мед. наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь  
<sup>4</sup>канд. мед. наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

\*MD, PhD, Associate Professor, Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus  
<sup>2</sup>MD, PhD, Associate Professor, Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus  
<sup>3</sup>MD, PhD, Associate Professor, Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus  
<sup>4</sup>MD, PhD, Associate Professor, Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

**Резюме.** Лимфаденопатии - группа заболеваний, при которых изменения в лимфатических узлах свидетельствуют об активности воспаления и состоянии ответа на патологический агент. Причину проявления лимфаденита выявить сложно, т.к. 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, грибковые, хламидийные, паразитарные, вирусные. Отмечен перечень лекарственных препаратов: сифидрол, АУп-лифаденотипии с описанием диагностических и клинических критериев. Оговорены особенности течения данной патологии у детей. Описаны диагностические критерии болезней, проявляющихся синдромом лимфаденопатии: неспецифический лимфаденит, инфекционный мононуклеоз, туберкулез периферических лимфатических узлов, ВИЧ-инфекция, лимфома Ходжкина, неходжкинские лимфомы, хронический вирусный герпес, болезнь Стилла, Гоше, макроглобулинемия Вальденстрема, саркоидоз, туляремия, болезнь Лайма, стрептококковое поражение кожи, болезнь кошачьих царапин. Дана характеристика лимфаденопатий неясного генеза: болезни Бека-Шаумана, синдромы Брилла-Симмерса, Соэри, Иммерса, Кастлемана, Хазала, Франклина, Прасада-Ботри-Ворингера, Пирингера. Статья иллюстрирована, приведен список литературы.

*Ключевые слова:* лимфаденопатия, лимфатический узел

**Summary.** Lymphadenopathy is a group of diseases and changes in the lymph nodes point to activity and status of response to a pathological agent. The cause of lymphadenopathy is difficult to identify, as lymph node enlargement is observed in blood diseases, malignant tumors, chronic specific inflammatory processes. Depending on the prevalence, lymphadenopathy can be: local, regional, generalized. 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 - Simmers, Sozeri, Immerse, Castlemaine, Casal Franklin, Prasad - Cousy, Potrie - Woringer, Piringer. The article is illustrated, a list of references.

*Keywords:* lymphadenopathy, lymph node

**Адрес для корреспонденции:**

E-mail: facesurg@bsmu.by

**Correspondence to:**

E-mail: facesurg@bsmu.by

**Л**имфаденопатии - это большая группа заболеваний, отличающихся как по характеру возбудителя, эпидемиологическим, этиологическим, патогенетическим особенностям, так и по клиническим проявлениям и прогнозу. Изменения в лимфатических узлах свидетельствуют об активности и о состоянии ответа организма на патологический агент. Поэтому так трудна диагностика и так важна своевременная постановка диагноза: ведь от этого зависит и прогноз.

За последние годы значительно увеличилось количество пациентов с лимфаденитами, особенно это увеличение отмечается в детском возрасте. Довольно часто причину проявления лимфаденита бывает непросто выявить. Увеличение лимфоузлов отмечается при заболеваниях крови, злокачественных опухолях, а также при хронических специфических воспалительных процессах. Поэтому мнение дифференцировать лимфаденопатии по причинам их возникновения дает возможность проведения адекватного лечения.

**Лимфаденопатия** (новолат. lymphadenopathia; лат. lymphā 'чистая вода', 'влага + греч. :βρῦν железа' + ябос; '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.

Лимфаденит может протекать в острой (серозный, гнойный) и хронической (гиперпластический, специфический, обострившийся) эормах [3, 7].

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

- 1) вульгарные неспецифические или банальные лимфадениты;
- 2) специфические лимфадениты;
- 3) лимфопролиферативные заболевания и состояния неопухолевой 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** (от лат. lymphā и др.-греч. αγγεῖον '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.

*Анатомия у\имфатического 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 (рис. 1) [1].

*Классификация лимфаденопатии.*

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 (ЛУ), однако в норме пальпаторно могут определяться только подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы [1, 2, 5, 6].

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

- **локальную ЛАП** - увеличение одного ЛУ в одной из областей (единичные шейные, надключичные и т. д.);
- **регионарную ЛАП** - увеличение нескольких ЛУ в одной или двух смежных областях (надключичные и подмышечные, шейные и надключичные и т.д.);
- **генерализованную ЛАП** - увеличение ЛУ 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 ЛУ описано при инфекционном мононуклеозе, цитомегаловирусной инфекции, токсоплазмозе, бруцеллезе, туберкулезе, ВИЧ/СПИДе, болезнях накопления и др. При этом ЛАП возникает в результате попадания в ЛУ бактерий либо вирусов и их токсинов лимфогенным, гематогенным и контактным путями.

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



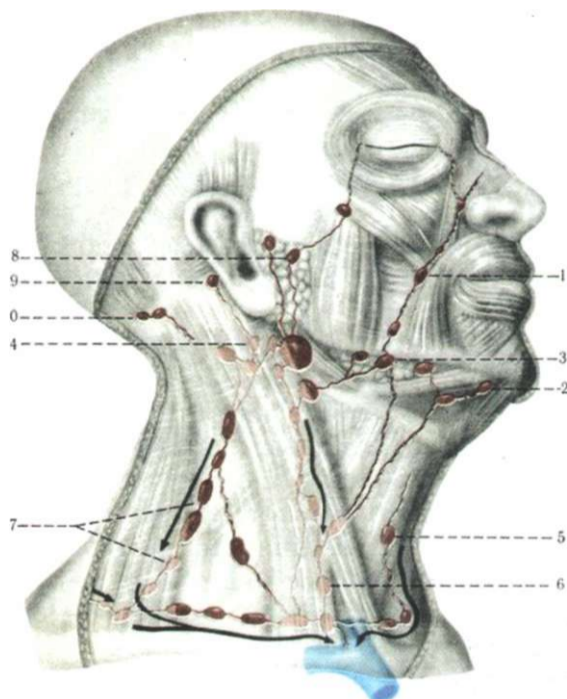


Рис. 1. Лимфатические узлы головы и шеи:

- 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.

правило, отсутствием болезненности или ее малой выраженностью. При хроническом воспалении, в отличие от острого воспаления, ЛУ обычно не спаяны с окружающими тканями. При развитии острой ЛАП отмечается серозный отек, а воспалительные явления не выходят за пределы капсулы ЛУ, 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 (туберкулёз, лепра).
3. Грибковые (гистоплазмоз, кокцидиомикоз).
4. Хламидийные (венерическая лимфогранулёма).
5. Паразитарные (токсоплазмоз, трипаносомоз, филяриоз).
6. Вирусные (вирус Эпштейна - Барр, цитомегаловирус, корь, гепатит, ВИЧ).

**Перечень лекарственных препаратов, вызывающих 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 пациента;
- анамнез (инфекционный, профессиональный, миграционный);
- характеристики ЛУ: 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-ти лет имеет инфекционное происхождение, а у людей старше 50-ти лет в 60% - неопластический генез. Однако при этом все же возраст больного может служить лишь одним из ориентиров диагностического поиска.

**Клинические проявления лимфаденопатии.**

Основным симптомом лимфаденопатии является увеличение лимфатических узлов, которое может быть локальным, регионарным либо генерализованным. Дополнительными симптомами могут быть:

- 1) ночная потливость;
- 2) потеря веса;
- 3) сопутствующее длительное повышение температуры тела;
- 4) частые рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (фарингиты, тонзиллиты, ангины и т. п.);
- 5) патологические изменения на рентгенограмме легких;
- 6) гепатомегалия;
- 7) 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 тщательное обследование всех групп лимфоузлов, в том числе несмежных (для исключения генерализованной лимфаденопатии). В случае обнаружения увеличенных лимфоузлов необходимо отметить следующие их характеристики: размер, болезненность, консистенцию, связь между собой, локализацию.

**Размер.** Нормальным размером ЛУ считается диаметр не более 1 см. Локтевой ЛУ более 0,5 см, паховые ЛУ более 1,5 см следует считать патологическими.

Для удобства оценки воспалительной реакции со стороны ЛУ 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 1x1 см. У детей увеличение лимфоузлов более 2 см в диаметре (наряду с наличием изменений при рентгенографии легких и отсутствии воспалительных заболеваний уха, носа, глотки) может свидетельствовать о наличии гранулематозного процесса (туберкулеза, болезни кошачьей царапины, саркоидоза) или злокачественного заболевания (лимфомы).

При ЛУ размером не более 1 см<sup>3</sup> чаще отмечается реактивная ЛАП, а при их размере больше 2 см<sup>3</sup> следует подозревать опухолевый или гранулематозный процесс.

**Болезненность.** При быстром увеличении лимфоузла 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 лимфоузла при злокачественном поражении. Наличие или отсутствие боли не дает возможности установить: является заболевание доброкачественными или злокачественными.

**Консистенция.** Лимфоузлы плотные, как камень, типичны для онкопатологии, имеют метастатическую природу. Плотные эластичные лимфоузлы вызывают подозрение в наличии лимфомы. Более мягкие лимфоузлы нередко являются результатом 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 ЛУ требуют проведения гистологического исследования.

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

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

У пациентов с генерализованной ЛАП клиническое обследование должно фокусироваться на поиске признаков **системного заболевания**. Наиболее ценным является обнаружение высыпаний, поражений слизистых оболочек, гепато- и спленомегалии, поражений 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:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- определение маркеров гепатита В и С, ВИЧ, RW;

биохимическое исследование крови с 38-40°C. Во время заболевания може

Щ Ш И ^ х . . . . .  
^мг^жсг^гя\*? фЯТанОТ 1ЛЛV4НУМ ЯЛГТ- . „АИЯ7 ^ГУ^ ^о rJr^^y^i ^^гх^жжс\*  
Ш;  
КТИГП\7Р1 ТГОЛХДГШ.

Так, лейкоцитоз и сдвиг формулы влево свидетельствуют в пользу бактериального поражения ЛУ (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 исследования. Одним из них является ультразвуковое исследование (УЗИ) ЛУ, которое позволяет уточнить их размеры, определить давность патологического процесса и его остроту. При остром воспалении определяется гипозохогенность и однородность ЛУ. Спаянные ЛУ позволяют предположить продолжительность заболевания более 2 мес. При хроническом течении процесса эхогенность ЛУ повышается.

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

*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 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.** 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

у пациентов определяются выраженные из-

**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 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, около- и заушные, затылочные и особенно часто - подмышечные и шейные ЛУ. Реже увеличиваются паховые, бедренные и подколенные ЛУ. ЛАП может рассматриваться как клинический признак ВИЧ-инфекции, если она поражает не менее двух групп ЛУ и сохраняется более 3 мес.

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

**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, а также к возникновению 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.

**лезнь Стилла.** Это форма ювениль-ревматоидного артрита у детей в возрасте до 16-ти лет. Поражаются те же суставы, что и при остальных формах ревматоидного артрита - коленные, лучезапястные, голеностопные. Симптомы заболевания: лихорадка, увеличение селезенки и эпитимических узлов, кожные папулезные и эритимические высыпания. В крови наблюдается увеличение СОЭ и нейтрофильный лейкоцитоз. Лихорадка устойчива к лечению антибиотиками.

**Болезнь Гоше (идиопатическая спленомегалия Гоше).** В основе заболевания лежит наследственный дефект метаболизма церебролипоидов и фосфолипидов. Пролиферация патологических клеток приводит к резкому увеличению селезенки и лимфатических узлов. При проведении пункции селезенки, эпитимических узлов и костного мозга выявляется наличие специфических клеток Гоше.

**Чакроглобулинемия Вальденстрема.** Заболевание является одним из видов хронического лейкоза. При заболевании в результате пролиферации моноклонального макроглобулина опухольными лимфоидными клетками происходит поражение сосудов.

Симптомами заболевания является увеличение селезенки, мочевого синдрома и геморрагические кожные высыпания. Также характерны увеличение лимфатических узлов 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 - болезненны и не спаяны.

**Туберкулез.** Возбудители данного заболевания попадают в организм через микротравмы на коже. Первые симптомы болезни: повышение температуры до 38-40°C, головная боль, слабость в мышцах, 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.** Заболевание характерно появлением фликтены, которая распространяется по периферии. Фликтена наполнена желтоватым содержимым в виде серы и на ощупь болезненна. В дальнейшем на месте фликтены появляется эрозия.

**Болезнь кошачьих царапин.** Заболевание возникает при контакте с инфицированными кошками. Болезнь проявляется в виде появления на месте царапины язвы или пустулы. Типичные симптомы: лихорадка, гепатоспленомегалия, регионарный лимфаденит и экзантема.

К числу лимфаденопатий неясного генеза относят:

- 1) болезнь Бенъе-Бека-Шаумана - генерализованный доброкачественный гранулематоз неясной этиологии: 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 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. 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 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 Созари - аномальных (неопластических) Т-лимфоцитов (хелперов).
- 4) синдром Симмерса - редкая локализованная лимфаденопатия у больных с генерализованной эритродермией.
- 5) синдром Кастлемена - доброкачественная гиалинизирующая плазмноклеточная гиперплазия лимфатических узлов, преимущественно подмышечных, забрюшинных. Клиническая картина определяется величиной и локализацией увеличенных лимфатических узлов и их давлением на соседние органы.



С.И. Миранович, Н.Н. Черченко, А.В. Глинник, С.В. Самсонов

6) синдром Казала - неясной этиологии, проявляется множественными безболезненными узловатыми подкожными инфильтратами, увеличением ЛУ и селезенки. В крови эозинофилия. Рентгенологически и гистологически изменения в

нулем у.

7) синдром Франклина - наследственное нарушение синтеза глобулинов, проявляющееся дис- и дефектопротеинемией. Клинически характерны остро возникающее генерализованное припухание слегка болезненных ЛУ, нерегулярная лихорадка, увеличение печени и селезенки, асцит. Отмечается отек неба, языка и надгортанника. В крови анемия, лейкопения с относительным лимфоцитозом, эозинофилия, плазмцитоз; увеличение уровня бета- и у-глобулинов. Легко присоединяется интеркуррентная инфекция, являющаяся нередко причиной смерти больных.

8) синдром Прасада-Коузы - наследственная лимфаденопатия с агамма-глобулинемией. Болезнь проявляется только в зрелом возрасте, постепенно увеличиваются все регионарные ЛУ, печень и селезенка. В крови анемия, полностью отсутствуют гамма-глобулины. При пункции ЛУ, печени и селезенки - неспецифическое воспаление с гранулематозом.

9) синдром Потрие-Ворингера - локализованное или генерализованное припухание ЛУ как вторичное проявление дерма-

••ианинннж  
шившишишиши

тозов, возникающее обычно у подростков, мужчин спустя несколько месяцев лет в виде увеличения отграничен подвижных ЛУ, достигающих величины грецкого ореха. Увеличиваются п и подмышечные, реже локтевые,

меланодермия, меланинурия, эозинофилия, прогрессирующая анемия. Малозначимые ЛУ не наблюдаются.

10) синдром Пирингера - подострый доинфекционный негнойный лимфаденопатический синдром преимущественно в области шейных ЛУ, наблюдается у больных с рецидивирующими ангинами и ревматоидными суставными симптомами в анамнезе. Самочувствие больных обычно не страдает, температура нормальная. В крови повышено содержание уровня глобулинов при нормальных показателях альбумина. В течение нескольких месяцев симптомы болезни исчезают.

#### • ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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 диагностическую 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 / И.А. Пасевич. - 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 / Л.И. Дворецкий. - Справочник поликлинического врача, 2005. - Т. 3. - № 2. - С. 3-9.
6. Зайков, С.В. Дифференциальная диагностика синдрома лимфаденопатии / С.В. Зайков // Клиническая иммунология. Инфектология. - 2012. - №4. - С. 16-24.
7. Робустова, Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - Москва: «Медицина», 2000. - С. 260-263.

Поступила в редакцию 24.11