

## МЕДИЦИНСКИЕ ЗНАНИЯ

Приложение к журналу «Здравоохранение»

Главный редактор  
Ю. К. Абаев

### Редакционная коллегия:

**Астапов А. А.**  
**Балабко С. В.**  
**Гришкевич Г. В.**  
**Бураков И. И.**  
**Василевский И. В.**  
**Граньков В. И.**  
**Доста Н. И.**  
**Алехнович Л. И.**  
**Кулагин А. Е.**  
**Лютко Л. А.**  
**Матвейчик Т. В.**  
**Панкратов В. Г.**  
**Тищенко Е. М.**  
**Улащик В. С. (зам. гл. редактора)**  
**Шиманович В. П.**  
**Ясевич Т. В. (отв. секретарь)**

Свидетельство о гос. регистрации № 563 от 20.07.2009 г.

Подписные индексы:  
для организаций — 749062  
для индивидуальных подписчиков — 74906

Дизайн журнала и компьютерная верстка Караганова Л.В.

Подписано в печать 30.01.2014  
Формат 60 x 84 1/8  
Офсетная печать  
Физ. печ. л. 4,0. Усл. печ. л. 3,72. Уч.-изд. л. 5,0  
Тираж 1896 экз.  
Заказ 201

Адрес редакции: 220007, Минск, ул. Фабрициуса, 28  
Телефон: 226-21-48  
E-mail: medznania@tut.by

Республиканское унитарное предприятие  
«Издательство «Белорусский Дом печати»  
ЛП №02330/0494179 от 03.04.2009 г.  
Пр. Независимости, 79, 220013, Минск.

При использовании материалов журнала ссылка  
на «Медицинские знания» обязательна

© «Медицинские знания», 2014

Научно-практический журнал

для специалистов

со средним

медицинским

образованием

БИБЛИОТЕКА

Белорусского государственного  
медицинского университета

1(91)-2014

Издается Учреждением  
«Редакция журнала «Здравоохранение» с 1999 г.  
Выходит 6 раз в год

УЧРЕДИТЕЛЬ  
РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

### СОДЕРЖАНИЕ

Страница главной медицинской сестры	
Синдром эмоционального выгорания. Стоп!	2
Люди дела	
35 лет в режиме «нон-стоп»!	4
В помощь фельдшеру	
Ю. К. Абаев, Н. Ф. Сивец Гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных детей	8
С. И. Миранович, Н. Н. Черченко, Е. В. Петровский Лимфаденопатии	12
Неотложная помощь	
А. Е. Кулагин, А. В. Сикорский Основные принципы оказания неотложной помощи детям	17
Санитарная граница	
А. Л. Веденьков Эпиднадзор за малярией и опыт работы по ликвидации завозных случаев в Беларуси	20
Трибуна преподавателя	
Т. В. Матвейчик, Л. М. Губарь, Л. Л. Самойло Игры самораскрытия как инструмент общения в медико-социальной работе	22
О. В. Маршалко, А. И. Карпович Кейс-технологии как средство повышения качества образовательного процесса учащихся медицинского колледжа	24
М. С. Ямалеева Волонтерское движение	25
Официальные сообщения	
Календарный план курсов последипломного обучения специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием на 2014 год (1-е полугодие)	26
Школа само- и взаимопомощи	
Как спастись от профессионального эмоционального выгорания	31

**В помощь фельдшеру**

*Доцент С. И. Миранович, Н. Н. Черченко, Е. В. Петровский*

**ЛИМФАДЕНОПАТИИ**

*Белорусский государственный медицинский университет,  
Несвижская центральная районная больница*

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

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

**Лимфаденопатия** (новолат. *lymphadenopathia*; лат. *lympha* – чистая вода, влага + греч. *αδην* – железа + *πάθος* – страдание) – состояние, проявляющееся увеличением лимфатических узлов. Этот термин выступает или в качестве предварительного диагноза, или ведущего синдрома заболеваний различной этиологии.

**Лимфаденит** (*lymphadenitis*) – воспаление лимфатического узла.

**Лимфангит** (от лат. *lympha* и др.-греч. *αγγειον* – сосуд) – воспаление лимфатических сосудов.

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

**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 (рис. 1) [1, 2].

**Классификация лимфаденопатий**

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

В зависимости от распространенности различают следующие варианты:

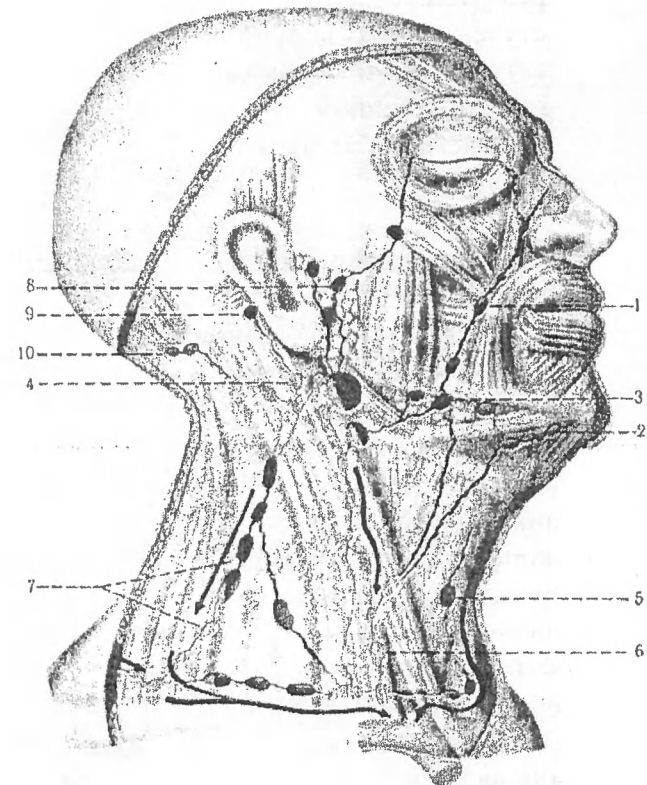
- локальная лимфаденопатия – увеличение одного лимфоузла в одной из областей (единичные шейные, надключичные и т. д.);
- регионарная лимфаденопатия – увеличение нескольких лимфоузлов в одной или двух смежных об-

ластях (надключичные и подмышечные, шейные и надключичные и т. д.);

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

Регионарная лимфаденопатия отмечается при стрептококковой и 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 лимфаденопатия возникает в результате попадания в лимфоузлы бактерий либо вирусов и их токсинов лимфогенным, гематогенным и контактным путями.

В клинической практике также часто выделяют *острую лимфаденопатию*, которая характеризуется коротким продромальным периодом, лихорадкой, локальной болезненностью при пальпации, и *хрониче-*



**Рис. 1.** Лимфатические узлы головы и шеи: 1 – *nodi lymphatici buccales*; 2 – *nodi lymphatici 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*

скую лимфаденопатию, отличающуюся большей длительностью, как правило, отсутствием болезненности или ее малой выраженностью. При хроническом воспалении лимфоузлы обычно не спаяны с окружающими тканями. При развитии острой лимфаденопатии 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 и/или гнойным [5, 6].

*Инфекционные заболевания, наиболее часто протекающие с вовлечением лимфоидной ткани:*

- бактериальные (бактерии, сифилис, туляремия, болезнь кошачьих царапин);
- микобактериальные (туберкулез, лепра);
- грибковые (гистоплазмоз, кокцидиомикоз);
- хламидийные (венерическая лимфогранулема);
- паразитарные (токсоплазмоз, трипаносомоз, филяриоз);
- вирусные (вирус Эпштейна – Барр, цитомегаловирус, корь, гепатит, ВИЧ).

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

**Диагностика.** Основными критериями дифференциальной диагностики лимфаденопатии при первичном осмотре пациента могут служить:

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

**Клиника лимфаденопатии.** Основным симптомом лимфаденопатии является увеличение лимфатических узлов, которое может быть локальным, регионарным либо генерализованным. Дополнительные симптомы: 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; гепато- и спленомегалия.

**Клиническое обследование.** При наличии локализованной лимфаденопатии необходимо обследовать области, от которых лимфа оттекает в данную группу лимфоузлов, на предмет наличия воспалительных заболеваний, поражений кожи, опухолей. Необходимо также тщательно обследовать все группы лимфоузлов, в т. ч. несмежных, для исключения генерализованной лимфаденопатии. В случае обнаружения увеличенных лимфоузлов необходимо обратить внимание на их размер, болезненность, консистенцию, связь между собой, локализацию.

**Размер.** В норме диаметр лимфоузла не должен превышать 1 см, локтевого – 0,5 см, пахового – 1,5 см.

Для удобства оценки воспалительной реакции со стороны лимфоузла ряд авторов предлагают выделять три степени его 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 см и более в диаметре.

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 (туберкулез, болезнь кошачьих царапин, саркоидоз) или злокачественного заболевания (лимфома).

При лимфоузле размером не более 1 см<sup>3</sup> чаще отмечается реактивная лимфаденопатия, а при 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 является диагностическим признаком доброкачественных и злокачественных заболеваний.

**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, которые кажутся взаимосвязанными и смещаются, как единое целое, называется конгломератом. Конгломераты лимфоузлов встречаются при доброкачественных (тубер-

## В помощь фельдшеру

кулез, 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, при инфекциях, передающихся половым путем, – паховых.

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

### Алгоритм параклинического обследования пациента с синдромом лимфаденопатии

При первичном осмотре пациента проводят обязательное лабораторно-инструментальное обследование, включающее в себя:

- 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 лимфоузла (стафилококковой, стрептококковой, синегнойной, гемфильной этиологии); лимфоцитоз и моноцитоз обычно характерны для заболеваний вирусной этиологии (герпес, цитомегаловирус, вирус Эпштейна – Барр и др.).

При углубленном обследовании пациента с лимфаденопатией возникает необходимость в использовании дополнительных инструментальных и лабораторных методов исследования. Одним из них является ультразвуковое исследование 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 мес. 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 или очаговыми специфическими и неспецифическими нарушениями вследствие реакции на вирусы, бактерии, грибы или паразитов; изменения, характерные для разнообразных опухолей лимфоузлов и метастазов в них опухолей из других органов.

### Диагностика болезней, проявляющихся синдромом лимфаденопатии

**Неспецифический лимфаденит** – поражаются лимфатические узлы в паховой и подмышечной зоне. Они увеличиваются и становятся неподвижными, при этом не спаяны между собой. При прогрессировании заболевания могут появляться такие симптомы, как головная боль, лихорадка, озноб. В анализе крови – увеличение СОЭ. Возможны осложнения 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, возникает катаральный или лакунарный тонзиллит. Температура тела повышается до 38–40 °С. При желтушных формах мононуклеоза у пациентов наблюдают выраженные изменения печени.

**Туберкулез периферических лимфатических узлов** чаще всего проявляется у детей и подростков. Болезнь зачастую сочетается с туберкулезом другой локализации. Лимфатические узлы увеличиваются в диаметре до 1,5 см. Заболевание начинается внезапно, нередко сопровождается повышением температуры тела и выраженной общей интоксикацией организма. Гемограмма показывает повышенную СОЭ и умеренно выраженный лейкоцитоз.

**ВИЧ-инфекция.** Стадию генерализованной лимфаденопатии относят к числу закономерных состояний при ВИЧ-инфекции и отмечают у 90% пациентов. В процесс, как правило, вовлекаются локтевые, под- и надключичные, подбородочные, подчелюстные, около- и заушные, затылочные и особенно часто – подмышечные и шейные лимфоузлы, реже увеличиваются паховые, бедренные и подколенные. Лимфаденопатию можно рассматривать как клинический признак ВИЧ-инфекции, если она поражает не менее двух групп лимфоузлов и сохраняется более 3 мес.

**Лимфома Ходжкина** клинически проявляется увеличением различных групп лимфатических узлов, которые имеют плотноэластическую консистенцию, безболезненны и при этом не спаяны с кожей (рис. 2). У большинства пациентов первичное поражение локализуется выше диафрагмы. Первыми симптомами болезни являются затруднение дыхания, кашель, потеря веса на 10%, повышение температуры выше 38 °С.



Рис. 2. Лимфома Ходжкина

**Неходжкинские лимфомы** – группа злокачественных опухолей. Первым признаком болезни является поражение одного лимфатического узла и дальней-

ее распространение. Первыми симптомами болезни являются затруднение дыхания, кашель, потеря веса на 10%, повышение температуры выше 38 °С.



шее метастазирование опухоли. Лимфоузлы безболезненные, плотные, не спаяны с кожей. Их увеличение может привести к возникновению синдрома верхней полой вены, портальной гипертензии, динамической кишечной непроходимости, механической желтухи.

**Хронический вирусный гепатит.** Симптомами заболевания могут быть лихорадка, геморрагический васкулит, лимфаденопатия, поражение легких, синдром Шегрена и полисерозиты.

**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 селе-

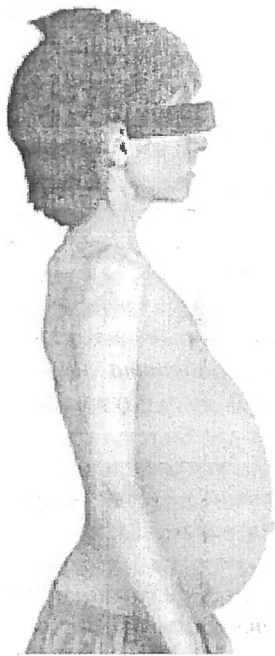


Рис. 3. Болезнь Гоше

зенки и лимфатических узлов, кожные папулезные и геморрагические высыпания. В крови пациентов наблюдается 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. Проплиферация макрофагальных клеток приводит к резкому увеличению селезенки и лимфоузлов (рис. 3). При проведении пункции селезенки, лимфатических узлов и костного мозга выявляется наличие специфических клеток Гоше.

**Макроглобулинемия Вальденстрема** является одним из видов хронического лейкоза (в результате выработки моноклонального макроглобулина опухолевыми лимфоидными клетками развивается поражение сосудов). Симптомами заболевания являются увеличение селезенки, мочевого синдрома и геморрагические кожные высыпания, также характерна анемия и значительное увеличение СОЭ.

**Саркоидоз** – гранулематозное воспаление, характеризующееся увеличением лимфатических узлов, а также поражением легких, кожи, глаз, суставов, печени и миокарда. Увеличенные шейные лимфоузлы безболезненны и не спаяны.

**Туляремия.** Возбудители данного заболевания попадают в организм через микротравмы на коже. Первые симптомы болезни: повышение температуры до 38–40 °С, головная боль, боли в мышцах, слабость, отсутствие аппетита; в тяжелых формах: психомоторное возбуждение, заторможенность, бред.

**Болезнь Лайма** сопровождается зудом, болезненностью, отеком и покраснением на месте присасывания

клеща. Также характерна головная боль, общая слабость, тошнота, недомогание, озноб, повышение температуры тела до 38 °С, потеря чувствительности в месте присасывания клеща.

**Стрептококковое** поражение кожи начинается с появления фликтены (болезненна на ощупь), которая распространяется по периферии, после чего на ее месте образуется эрозия.

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

К числу **лимфаденопатий неясного генеза** относят следующие заболевания и синдромы.

- **Болезнь Бенъе – Бека – Шауманна** – генерализованный доброкачественный гранулематоз неясной этиологии: увеличение всех лимфоузлов, особенно эндоторакальных; небольшие плоские, нередко розовато-фиолетовые инфильтраты-саркоиды в коже (рис. 4); обратимые деструктивные очаги в костях, преимущественно в фалангах и позвонках;

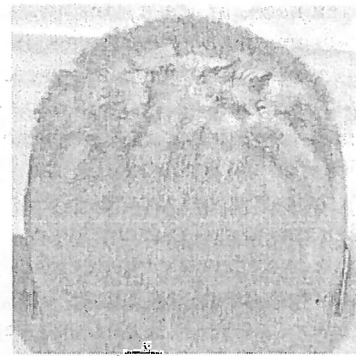


Рис. 4. Болезнь Бенъе – Бека – Шауманна

иридоциклит, опухание околоушной железы; нередко поражаются печень и селезенка. В крови лейко- и лимфопения, эозинофилия и моноцитоз. Прогноз благоприятный: лимфоузлы уменьшаются, кожные инфильтраты рассасываются в течение месяцев или нескольких лет, оставляя рубцы.

- **Синдром Брилла – Симмерса** – увеличенные, безболезненные, плотные лимфоузлы (в начале болезни увеличиваются обычно шейные). Печень и селезенка также увеличиваются. Данный синдром отличается от инфекционного мононуклеоза отсутствием повышения температуры. Нередки спонтанные переломы костей, асцит, нарушение функции кишечника. В терминальной стадии развивается кахексия. Болеют преимущественно мужчины среднего возраста.

- **Синдром Созари** – увеличение лимфоузлов является одним из симптомов эритродермической Т-клеточной лимфомы, при которой возникают 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-хелперов.

- **Синдром Симмерса** – редкая, локализованная лимфаденопатия у пациентов с генерализованной эритродермией.

- **Синдром Кастлемена** – доброкачественная гиалинизирующая плазмоклеточная гиперплазия лимфоуз-

## В помощь фельдшеру

лов, преимущественно подмышечных, забрюшинных. Клиническая картина определяется величиной и локализацией увеличенных лимфоузлов и их давлением на соседние органы.

• **Синдром Казала** проявляется наличием множественных безболезненных узловатых подкожных инфильтратов, увеличением лимфоузлов и селезенки. В крови эозинофилия. Рентгенологические и гистологические изменения в костях напоминают эозинофильную гранулему.

• **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 надгортанника. В крови – анемия, лейкопения с относительным лимфоцитозом, эозинофилия, плазмцитоз; увеличение уровня  $\beta$ - и  $\gamma$ -глобулинов. Легко присоединяется интеркуррентная инфекция, являющаяся нередко причиной смерти больных.

• **Синдром Прасада – Коуза** – наследственная лимфаденопатия с  $\gamma$ -глобулинемией, которая проявляется только в зрелом возрасте. Постепенно увеличиваются все регионарные лимфоузлы, печень и селезенка. В крови – анемия, полностью отсутствуют  $\gamma$ -глобулины. При пункции лимфоузлов, печени и селезенки – неспецифическое воспаление с гранулематозом.

• **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 размера грецкого ореха. Увеличиваются паховые и подмышечные, реже локтевые, шейные и парамаммарные лимфоузлы, с ослаблением дерматоза они уменьшаются. Образуется меланодермия, меланинурия, эозинофилия, прогрессирующая анемия. Малигнизации лимфоузлов не наблюдается.

• **Синдром Пирингера** – подострый доброкачественный негнойный 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 глобулинов при нормальных показателях общего белка. В течение нескольких месяцев симптомы болезни исчезают.

Таким образом, в медицинской практике 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., Байриков И. М., Буланов С. И. *Анатомия сосудов и нервов головы и шеи.* – Ростов н/Д, 2005. – С. 41–46.
2. Будылина С. М. *Физиология челюстно-лицевой области: Учебник / Под ред. С. М. Будылиной, В. П. Дегтярева.* – М., 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.
4. Шаргородский А. Г. *Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи: Руководство для врачей.* – М., 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.

### Вопрос – Ответ

**Имеет ли право человек, принятый на работу на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет основной работницей, уволиться по собственному желанию?**

*Отвечает главный правовой инспектор труда Республиканского комитета Белорусского профсоюза работников здравоохранения А. П. Липовка:*

– В соответствии с п. 4 ст. 17 Трудового кодекса Республики Беларусь трудовой договор, заключенный на время выполнения обязанностей временно отсутствующего работника, за которым сохраняется рабочее место, является разновидностью срочного трудового договора (к нему относится и договор, заключенный на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им 3 лет). В течение срока действия такого договора увольнение по собственному желанию невозможно, поскольку по желанию работника может прекращаться только трудовой договор, заключенный на неопределенный срок (ст. 40 Трудового кодекса Республики Беларусь).

*Свои вопросы вы можете отправить в редакцию журнала «Медицинские знания» на e-mail: medznania@tut.by*