

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №3

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПО СЕМИНАРСКОМУ
ЗАНЯТИЮ: «ЛИМФОАДЕНОПАТИИ»**

Контингент обучающихся: аспиранты

г. Владикавказ, 2020 г.

Составители:

Зав. кафедрой детских болезней №3, д.м.н., профессор Касохов Т.Б.

Доцент кафедры детских болезней №, к.м.н. Туриева С.В.

Рецензенты:

Калоева З.Д. - д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских болезней №2

Одобрено на заседании ЦКУМС от 28 августа 2020 г., протокол №1.

Тема семинара:
«Дифференциальная диагностика лимфаденопатий»

Обоснование темы:

Лимфаденопатии (ЛАП) являются одним из ранних симптомов аллергических, инфекционных (вирусных, бактериальных), опухолевых и других заболеваний. Особое внимание необходимо уделять системному подходу к дифференциальной диагностике ЛАП с подробным анализом клинических, эпидемиологических, иммунологических и других лабораторных данных. Морфологическая характеристика определяется лишь в случаях, где она имеет решающее значение для постановки диагноза. Для диагностики причин лимфаденопатии от врача требуются знания целого ряда нозологических форм, сопровождающихся данным синдромом.

Аспирант должен знать:

1. Возрастные особенности развития лимфоузлов у детей.
2. Определение понятий региональные и генерализованные ЛАП.
3. Характеристику лимфоузлов.
4. Знать методы исследования, необходимые для диагностики и дифференциальной диагностики ЛАП.

Аспирант должен уметь:

1. Выявить увеличение лимфоузлов.
2. Определить распространенность ЛАП.
3. Провести физикальное обследование.
4. Назначить необходимый объем анализов.
5. Провести дифференциальную диагностику между различными видами ЛАП.

Порядок самостоятельной работы ординатора по самоподготовке к семинарскому занятию:

1. Ознакомление с целями и содержанием семинарского занятия.
2. Проверка и восстановление исходного уровня знаний.
3. Теоретическое освоение ООД (ориентировочной основы деятельности).
4. Проверка усвоения знаний и умений для решения клинических задач.
5. Подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на

семинарском занятии.

6. Оснащение занятия:

Демонстрационный материал:

- набор анализов
- истории болезней (выписки)
- больные

Темы семинара:

1. Анатомо-физиологические особенности ЛАП у детей, характеристика по локализации и функциям.
2. Региональные ЛАП специфические (туберкулез периферических лимфоузлов, болезнь кошачьей царапины).
3. Специфически генерализованные ЛАП (токсоплазмоз, ВИЧ-инфекция).
4. Неспецифически генерализованный ЛАП (саркоидоз, лимфаденопатия при первичном иммунодефиците).
5. ЛАП при злокачественных образованиях (неходжскинскинелимфомы – НХЛ, гистиоцитозы).
6. Диагностическая тактика при неуточненной лимфаденопатии.

План проведения семинарского занятия

занятия	дение	дения
оль исходного уровня знаний		
ды: мо-физиологические особенности у детей, характеристика по изации и функциям. нальные ЛАП специфические кулез периферических узлов, болезнь кошачьей ны).	ки из историй ей, тестовые а, задачи	ая комната

<p>фические генерализованные ЛАП (плазмоз, ВИЧ-инфекция).</p> <p>цифические генерализованный (саркоидоз, лимфаденопатия при нном иммунодефиците).</p> <p>ри злокачественных образованиях (жскински нелимфомы – НХЛ, цитозы).</p> <p>остическая тактика при ненной лимфаденопатии.</p>		
<p>острация больных и/или историй ей</p>		
<p>оль конечного уровня усвоения ала.</p>		

Задание 2

Для того, чтобы овладеть умениями и навыками, приведенными выше. Вы должны воспроизвести и при необходимости восстановить Ваши знания, касающиеся данной темы. В процессе самоподготовки обратите внимание на следующие контрольные вопросы:

Блок информации

Лимфаденопатию детей.

Увеличение лимфатических узлов бывает в разные возрастные периоды у здоровых детей или как один из симптомов множества заболеваний - инфекционных и системных, ведущим проявлением патологии иммунной и гемопоэтической систем, а также в результате доброкачественной и злокачественной пролиферации клеток, составляющих лимфоузлов. Диагностика характера лимфаденопатии является одной из самых частых клинических задач в педиатрии, от своевременности и адекватности решения которой зависит объем и успех необходимой терапии.

Локальная (региональная) лимфаденопатия определяется как увеличение анатомически близко расположенных групп л/у. Основные анатомические регионы: затылочные, околоушные, подчелюстные и подбородочные, шейные, надключичные, медиастинальные, подмышечные, паховые, бедренные, подвздошные, абдоминальные и тазовые. Локальные инфекции обычно вы-

зывают увеличение л/у, дренирующей области инфекции: переднешейные л/у дренируют полость рта и глотки, почти каждая вирусная или бактериальная инфекция верхних дыхательных путей ведет к их увеличению. При поражениях кожи головы увеличены затылочные или заднешейные л/у. При оценке лимфаденопатии локализация увеличенных л/у имеет первостепенное значение.

Наличие пальпируемых переднешейных, подмышечных и паховых л/у < 2,5 см является физиологической нормой для здоровых детей, тогда как надключичная лимфаденопатия, часто ассоциированная с увеличением л/у средостения, в любом возрасте всегда должна рассматриваться как проявление патологии. Также серьезного внимания заслуживают увеличенные >2,5-3 см в любой области, кроме верхнешейной.

Кроме инфекций среди причин локального увеличения лимфоузлов необходимо исключить наличие опухоли, прежде всего лимфомы.

Генерализованная лимфаденопатия-увеличение л/у в анатомически несопряженных регионах, часто сочетается с гепатоспленомегалией. Причины генерализованной лимфаденопатии включают: системные инфекции, вирусные, бактериальные, грибковые и протозойные, аутоиммунные болезни, болезни накопления, лекарственные реакции, болезни гистиоцитов и диссеминированные опухолевые заболевания.

Причины лимфаденопатий

Инфекции:

Бактериальные, кожные, вызванные стрептококками, стафилококками, типичными микобактериями; при туберкулезе, сифилисе и др. венерических заболеваниях, |улиремии,

бруцеллезе, тифе; болезнь "кошачьей царапины" (*Bartonella henselae*);

Вирусные; инфекционный мононуклеоз (ЭБВ), цитомегаловирус, ВИЧ, цмспум, корь, аденовирусные и герпетические инфекции, ветряная оспа;

Грибковые: кокцидиомикоз, криптококкоз, дерматомикозы, аспергиллоз;

Протозойные: токсоплазмоз, лейшманиоз, малярия

Аутоиммунные заболевания (системные заболевания соединительной ткани):

Ревматоидный артрит;

Системная красная

волчанка;

Вакцинации, сывороточная болезнь

Первичные иммунодефицитные состояния:

Общеварибельная иммунная недостаточность, хроническая гранулематозная **болезнь;**

Дефицит адгезии лейкоцитов (LAD синдром); Аутоиммунный лимфопролиферативный синдром; X-сцепленный лимфопролиферативный синдром;

Другие лимфопролиферативные расстройства: Болезнь Кастлмана;
Синусовый гистиоцитоз с массивной лимфаденопатией (б-нь Розаи-Дорфмана);
Саркоидоз;

Болезнь Кавасаки

Лекарственные: аллопуринол, изониазид, противолепрозные и антитиреоидные препараты

Болезни накопления: Нимана-Пика, Гоше

Гистиоцитозы и гемофагоцитарные синдромы:

Гистиоцитоз из клеток Лангерганса;

Семейный гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз;

Вторичные гемофагоцитарные синдромы

Злокачественные заболевания: лейкемии, лимфомы, метастазы солидных опухолей

Диагностика лимфаденопатий у детей проводится по общим принципам:

Анамнез.-. время появления увеличенных л/у, предшествующие заболевания, травмы, укусы грызунов, кошачьи царапины в регионе, дренируемом увеличенными л/у. Наличие лихорадки и её характер, симптомов интоксикации, снижения массы тела.

У7окализафУя: увеличение тонзиллярных и паховых л/у чаще всего бывает реактивным в ответ на локальную инфекцию. Увеличение левых надключичных с высокой вероятностью свидетельствует о злокачественном заболевании, локализованном в брюшной полости, по грудному протоку распространяющемуся в эту область. Увеличение правых надключичных л/у указывает на поражение в грудной клетке, т.к. они дренируют верхние отделы легких и средостения. Злокачественные л/у в подавляющем большинстве случаев располагаются ассиметрично.

Характеристика: воспалительные л/у (лимфаденит) теплые, болезненные, может быть флюктуация; л/у при системных неопухолевых заболеваниях неотличаются по своим характеристикам от нормальных; злокачественные л/у плотные, чаще безболезненные, без признаков воспаления.

При наличии лимфаденопатии прежде всего необходимо оценить, является ли она вариантом нормы или проявлением какого-либо заболевания. Для этого может быть достаточным внимательный физикальный осмотр, сбор анамнеза и стандартные лабораторные методики. Если при этом нет данных, указывающих на системное или злокачественное заболевание, рекомендуется наблюдение и повторное обследование.

При подозрении на бактериальное воспаление провести курс антибактериальной терапии с оценкой эффекта, решить вопрос о необходимости хирургического лечения.

Биопсийный материал должен быть исследован следующими методами:

- цитология отпечатков опухоли;
- гистология с гистохимией и иммуногистохимией;
- электронная микроскопия - по показаниям;
- определение клональности лимфоидной пролиферации, реаранжировка T-клеточного рецептора и гена иммуноглобулинов.

Несмотря на то, что большинство лимфаденопатий у детей носит доброкачественный характер и для верификации их причин бывает необходим широкий спектр исследований, основная задача - выявление детей с серьезными заболеваниями, требующими безотлагательного начала адекватной терапии, должна быть решена в максимально короткое время. Важнейшим условием такой работы является взаимопонимание и сотрудничество педиатра, онкогематолога, хирурга, патолога, радиорентгенолога и наличие комплексной лабораторной и технической базы.

Задание №2

Тесты:

1. Генерализованная лимфаденопатия не характерна для:
 - а. Лейкоза
 - б. Аденовирусной инфекции
 - в. Энтеровирусной инфекции
 - г. Ротавирусной инфекции
2. Генерализованное увеличение лимфоузлов характерно для всех, кроме:
 - а. Лимфогранулематоза
 - б. Лимфосаркоматоза
 - в. Лимфомы Брилла-Симмерса
 - г. Гемолитической анемии
3. Генерализованная ЛАП не характерна для:
 - а. Гнойной инфекции
 - б. Детской экземы
 - в. Склеродермии
 - г. Эритродермии
4. Генерализованная ЛАП характерна для всех, кроме:
 - а. Крапивницы
 - б. Токсидермии
 - в. Пигментной крапивницы
5. Затянувшийся паротит следует дифференцировать с:
 - а. Синдромом Микулича при лейкозе
 - б. Лимфаденитом
 - в. Инфекционным мононуклеозом
 - г. Токсической дифтерией
6. Гнойный лимфаденит не следует дифференцировать с:
 - а. Туберкулезным лимфаденитом
 - б. Нагноившейся кистой слюнной железы
 - в. Лимфогранулематозом
 - г. Срединной кистой шеи
7. Из перечисленных клинических признаков не позволяет отличить лимфаденит от иммунобластной лимфаденопатии:
 - а. Нагноение
 - б. Каменистое уплотнение вследствие склерозирования
 - в. Симптомы воспаления (краснота, боль, отечность, припухлость)
 - г. Увеличение лимфоузла

Ответы на тестовые задания.

- 1 г
- 2 г
- 3 в
- 4 в
- 5 а
- 6 в
- 7 г

Задание 3.

Проверить усвоение знаний и умений необходимо при решении следующих клинических задач.

Задача №1

Мальчик 10 лет госпитализирован с жалобами на увеличение подчелюстных лимфоузлов. Заболевание началось остро с повышения температуры до 38 гр. При осмотре участковым педиатром выявлено гиперимия зева, миндалины, миндалины увеличены в размерах. Проводилось лечение ампицилином, температура снизилась, появилось увеличение лимфоузлов до 2см. на 1,5см. В связи с резкой болезненностью в подчелюстной области субфебрильной температуры ребенок госпитализирован.

Состояние при поступлении средней тяжести, температура 37,3, кожа нормальной окраски на щеке слева, гиперемия кожи размером 3см. бледно розового цвета, след царапины, на кистях рук с обеих сторон множественные царапины местами мелкие язвы с гиперемией вокруг. Со слов мальчика поцарапала кошка. Зев чист, умеренная гиперемия задней стенки глотки, миндалины увеличены. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы размером 2x1,5 см., переднешейные до 2см., подмышечные до 1,5x1,5см. с обеих сторон. Лимфоузлы плотные болезненные, кожа над ними не изменена. Над легкими дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови – эр. 4.0×10^{12} /л, Нв-132 г/л, лейкоц. – 10.1×10^9 /л, эос. – 6, сег. – 43, лимф. – 48, мон—3, СОЭ 5мм./ч. Анализ мочи – уд. Вес 1015, белка нет, эритроциты – 1-0-1 в\з, лейкоц. 1-2 в\з. Анализ кала на яйца глист – не обнаружены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Обоснуйте диагноз

3. Назначьте лечение

Ответы на задачу №1

1. Болезнь «кошачьей царапины» -- фелиноз
2. Острое начало, лихорадка, увеличение лимфоузлов, множественные кошачьи царапины на коже лица и кистей рук, увеличение гиперимии лимфоузлов, тонзиллит, изменение в анализе крови, абсолютный лимфоцитоз, эозенофилия.
3. Эритромицин и другие препараты группы макролидов

Задача №2

Девочка 7 лет госпитализирована с жалобами на припухлость подчелюстной области болезненной при дотрагивании.

Анамнез: За неделю до появления припухлости, у девочки повысилась температура до 38,5. Педиатром диагностирована ангина. Лечилась амбулаторно пенициллином, состояние улучшилось температура нормализовалась, но появилась припухлость в подчелюстной области, в связи с чем госпитализирована.

Состояние при поступлении средней тяжести, температура 37,5, отмечается припухлость в подчелюстной области, пальпируются увеличенные подчелюстные лимфоузлы размером 2,5x1,5см. не спаянные друг с другом, болезненные плотные кожа над ними не изменена. Другие группы периферических лимфоузлов не увеличены. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, зев чист, миндалины гиперимированы. Живот мягкий печень и селезенка не увеличены.

Анализ крови – эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 135г./л, лейкоцитов $10,5 \times 10^9$ /л, эз. – 2, палочек – 5, сегментированных – 63, лимфоцитов 24, моноцитов 6. СОЭ 20мм./ч

Анализ мочи: белка нет, лейкоцитов 1-3 в поле зрения.

В анализе кала яйцо глист не обнаружен

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз
3. Назначьте лечение

Ответы на задачу №2

1. Диагноз Неспецифический региональный(подчелюстной) лимфаденит
2. Обоснование: В анамнезе ангина после чего появилось увеличение лимфоузлов. Субфебрильная температура. В анализе крови лейкоцитоз нейтрофилез, ускорение СОЭ.
3. Продолжить лечение антибиотиками пенициллинового ряда

Используемая литература:

1. Папаян А.В., Жукова Л.Ю. Анемии у детей. СПб 2001 г.
2. В.Ф Демина, С.О.Ключникова, А.Г. Румянцев С.А. Румянцева – Лекции по педиатрии. Гематология Том 8., Москва 2008 г.
3. Н.А. Алексеев – Гематология детского возраста. Руководство 1998 г.