DOI: 10.17117/na.2017.01.03.256

<http://ucom.ru/doc/na.2017.01.03.256.pdf>

Поступила (Received): 17.01.2017

Челябин Э.А., Завьялов А.Е., Куринский В.В., Важжов И.В. Шейный лимфаденит как междисциплинарная проблема

Cheliabin E.A., Zavyalov A.E., Kurinskiy V.V., Vazhzhov I.V.
Cervical Lymphadenitis as interdisciplinary problem

Увеличение шейных лимфатических узлов может быть обусловлено различными воспалительными, опухолевыми процессами и заболеваниями другой этиологии. Для правильной диагностики важно провести полное клиническое обследование больного. При неясности клинического диагноза необходимо дополнительное исследование

Ключевые слова: шейные лимфатические узлы, неспецифический и специфический лимфаденит дифференциальная диагностика

Cervical lymph nodes enhancement might be conditioned by various inflammatory, tumorous phenomena, as well as diseases of different etiologies. To make a correct diagnosis, it is important to conduct a full clinical trial of the patient. In case the clinical diagnosis is not clear, needed is additional analysis

Key words: cervical lymph nodes, nonspecific and specific lymphadenitis, differential diagnostics

Челябин Эдуард Александрович

Врач-оториноларинголог

Зерноградская центральная районная больница
Ростовская обл., г. Зерноград, ул. Чкалова, 30

Cheliabin Eduard Aleksandrovich

ENT-doctor

Zernograd central district hospital
Rostov reg., Zernograd, Chkalova st., 30

Завьялов Александр Евгеньевич

Врач-хирург

Зерноградская центральная районная больница
Ростовская обл., г. Зерноград, ул. Чкалова, 30

Zavyalov Aleksandr Evgenievich

Surgeon

Zernograd central district hospital
Rostov reg., Zernograd, Chkalova st., 30

Куринский Виталий Викторович

Врач-хирург

Зерноградская центральная районная больница
Ростовская обл., г. Зерноград, ул. Чкалова, 30

Kurinskiy Vitaliy Viktorovich

Surgeon

Zernograd central district hospital
Rostov reg., Zernograd, Chkalova st., 30

Важжов Игорь Викторович

Врач-хирург

Зерноградская центральная районная больница
Ростовская обл., г. Зерноград, ул. Чкалова, 30

Vazhzhov Igor Viktorovich

Surgeon

Zernograd central district hospital
Rostov reg., Zernograd, Chkalova st., 30

Шейные лимфатические узлы образуют мощный коллектор, куда оттекает лимфа не только от органов головы и шеи, но и от верхних конечностей, а через грудной проток – и от органов грудной и брюшной полости, таза, забрюшинного пространства и нижних конечностей. Таким образом, через область шеи полностью или частично проходит лимфа от всех областей тела. Очевидно, в процессе филогенеза создались такие анатомические условия, в которых

лимфатические узлы шеи должны были выполнять функцию первого и последнего барьера: первого – для органов головы и собственно шеи, последнего – для органов грудной и брюшной полости.

Увеличение шейных лимфатических узлов может быть обусловлено различными воспалительными и опухолевыми процессами. Любое заболевание с иммунной клеточной активацией (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, сывороточная болезнь, реакция на лекарственные средства, такие как дифенилгидантоин, ангиоиммунобластная лимфаденопатия) также может быть ассоциировано с регионарной или системной аденопатией.

Увеличение шейных лимфоузлов требует дифференциальной диагностики даже при наличии его видимых причин (например, хронического тонзиллита).

Локализация увеличенных лимфатических узлов может оказаться важным критерием при диагностике заболеваний. Для небных миндалин регионарными являются латеральные глубокие шейные (внутренние яремные) лимфатические узлы, для глоточной – переднее-верхнешейные, зачелюстные, затылочные. Задние шейные узлы часто увеличиваются при инфекции волосистой части кожи головы, токсоплазмозе и краснухе, в то время как увеличение передних (околоушные) наблюдается при инфекциях век и конъюнктивальной оболочки. При лимфоме в процесс могут вовлекаться все группы шейных узлов, в том числе задние околоушные и затылочные, они обычно подвижны, плотные, спаяны один с другим и безболезненны. Нагноение увеличенных шейных узлов, как правило, происходит при микобактериальном лимфадените (скрофула, или туберкулезный шейный лимфаденит). Одностороннее увеличение шейных или нижнечелюстных лимфатических узлов предполагает лимфому или опухоль нелимфоидной природы в области головы и шеи, либо метастазы злокачественных опухолей. Метастатические узлы обычно плотные, безболезненные при пальпации и фиксируются к прилежащим тканям. Надключичные и расположенные в области лестничной мышцы лимфатические узлы являются зоной метастазирования опухолей, локализованных в грудной полости или в желудочно-кишечном тракте. Узел Вирхова представляет собой увеличенный слева надключичный лимфатический узел, инфильтрированный клетками метастазирующей опухоли, как правило, происходящей из желудочно-кишечного тракта.

Оториноларинголог чаще всего сталкивается с воспалительным характером поражения шейных лимфоузлов – лимфаденитом, поскольку шейная группа является регионарной для лимфоэпителиального кольца глотки. Различают лимфаденит острый и хронический, специфический и неспецифический.

Неспецифический лимфаденит (острый и хронический) сопровождает хронический тонзиллит [1], острый стрептококковый фарингит, ангину, паратонзиллит [2], парафарингит; первичными очагами могут быть острый риносинусит [3, 4], острый и хронический аденоидит [5], заболевания зубов и полости рта, респираторно-вирусные инфекции, болезнь кошачьих царапин [6].

У детей шейный лимфаденит встречается как одно из проявлений своеобразного синдрома – периодической лихорадки, сопровождающейся афтозным

стоматитом, фарингитом и шейным лимфаденитом. По первым буквам симптомокомплекса (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis) он был назван авторами "PFAPA-синдромом" [7]. Причины лихорадочных приступов при синдроме Маршалла остаются неясными, несмотря на поиски этиологических факторов или особых патогенетических механизмов.

Еще одно заболевание неясной этиологии – кожно-слизистый синдром (болезнь Кавасаки) распознают по лихорадке, конъюнктивиту, эритеме языка с выступающими сосочками (земляничный, или малиновый, язык), экзантеме с шелушением ладонных и подошвенных поверхностей, а также по увеличению шейных лимфатических узлов.

Хронический неспецифический лимфаденит может быть первично-хроническим в результате воздействия слабовирулентной микробной флоры при вялотекущих, рецидивирующих воспалительных заболеваниях (например, при хроническом тонзиллите), или исходом острого лимфаденита, когда воспалительный процесс в лимфатических узлах принимает затяжное хроническое течение.

К группе **специфических** относятся лимфадениты, вызываемые возбудителями сифилиса, туберкулеза, чумы, актиномикоза и другие.

Туберкулезный лимфаденит – проявление туберкулеза как общего заболевания организма. По своему генезу он в большинстве случаев относится к первичному периоду туберкулеза, то есть, является самостоятельным заболеванием [8]. В общей структуре внелегочного туберкулеза у впервые выявленных больных эта локализация занимает одно из первых мест: шейные лимфатические узлы поражаются туберкулезом в 75-80% случаев, поскольку микобактерии туберкулеза попадают в организм через рот и верхние дыхательные пути, для которых шейные лимфатические узлы являются регионарными. Однако могут встречаться и вторичные туберкулезные лимфадениты, в частности при обострении процесса в других органах. Вторичный туберкулез периферических лимфатических узлов чаще всего развивается в результате эндогенной реактивации очагов любой локализации при низкой сопротивляемости организма; доказана роль лимфатических узлов как депо микобактерий в организме, источника их диссеминации и развития рецидива.

Клиническая картина лимфаденита во многом зависит от патоморфологических изменений в лимфоузле.

Неспецифический лимфаденит в зависимости от характера экссудации может быть серозным, геморрагическим, фибринозным и гнойным.

При простом (серозном) лимфадените общее состояние больных страдает мало. Отмечается боль в зоне регионарных лимфатических узлов, которые увеличены до 1,5-2 см и более в диаметре, плотные, болезненные при пальпации, с окружающими тканями не спаяны, кожа над ними не изменена.

При развитии периаденита, переходе воспаления в деструктивную, гнойную форму общее состояние больных страдает в большей степени: температура повышается до высоких цифр, появляются озноб, тахикардия, головные боли, выраженная слабость. Боль усиливается, кожа над лимфатическими узлами гиперемирована, пальпация лимфоузлов вызывает резкую болезненность. Четко

пальпируемые ранее лимфатические узлы сливаются между собой и окружающими тканями в единый конгломерат, становятся неподвижными. При аденофлегмоне определяется диффузная гиперемия, плотный, без четких границ инфильтрат с очагами размягчения. При гнилостной флегмоне пальпация выявляет крепитацию в очаге поражения.

Хроническое воспаление лимфатических узлов носит продуктивный характер. Переход его в гнойную форму встречается крайне редко.

При хроническом лимфадените наблюдается увеличение лимфатических узлов, которые плотны на ощупь, малоболезненны, не спаяны между собой и окружающими тканями. Как правило, на протяжении долгого времени лимфоузлы сохраняют увеличенные размеры, но со временем уменьшаются вследствие разрастания соединительной ткани.

Хронический неспецифический лимфаденит следует дифференцировать с увеличением лимфатических узлов при инфекционных и некоторых других заболеваниях (сифилис, туберкулез, лимфогранулематоз, злокачественные новообразования) [9, 10, 11, 12, 13, 14]. Распознавание хронического лимфаденита должно основываться на оценке всего комплекса клинических признаков заболевания. В сомнительных случаях показаны ультразвуковое исследование (УЗИ), пункционная биопсия лимфатического узла или удаление его для гистологического исследования. Пункционная биопсия занимает центральное место в дифференциальной диагностике хронического лимфаденита и метастазов злокачественных новообразований. Важная роль в дифференциальной диагностике хронического лимфаденита принадлежит компьютерной томографии.

Таким образом, шейный лимфаденит может быть вызван самыми различными заболеваниями. Для правильной диагностики очень важно провести клиническое обследование больного. К основным факторам, определяющим диагностическую ценность факта увеличения лимфатических узлов, относятся: 1) анамнез; 2) возраст больного; 3) локализация узла; 4) физикальные характеристики лимфатического узла; 5) клинический фон, ассоциированный с лимфаденопатией. К общепринятым критериям оценки лимфатических узлов следует отнести их величину, локализацию, консистенцию и степень подвижности каждого узла. При неясности клинического диагноза необходимо дополнительное исследование: УЗИ, КТ, тонкоигольная биопсия или иссечение узла с гистологическим и бактериологическим исследованием.

Список используемых источников:

1. Бойко Н.В., Бачурина А.С., Оксенюк О.С., Колмакова Т.С. Лечение послеоперационного воспаления после тонзиллэктомии у детей // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2016. № 1 (95). С. 93-96.
2. Власова Т.М., Бойко Н.В., Рост числа постстрептококковых осложнений у больных хроническим тонзиллитом // Российская оториноларингология. 2015. № S1. С. 45-47.
3. Бойко Н.В., Стагниева И.В. Дифференциальная диагностика лицевых болей // Российская ринология. 2012. Т. 20. № 4. С. 39-41.
4. Стагниева И.В., Симбирцев А.С. Роль цитокинов в патогенезе лицевой боли при риносинусите // Медицинская иммунология. 2015. № S (17). С. 319.
5. Джабаров Е.В., Минаев Е.В., Чуб О.С. Влияние очагов хронической инфекции на возникновение острых лимфаденитов у детей // Рос. оторинолар. 2009. № 1 (38). С. 71-74.

6. Leung A.K., Davies H.D. Cervical lymphadenitis: etiology, diagnosis, and management. // *Curr. Infect. Dis. Rep.* 2009. № 3 (11). P. 183-189.
7. Marshall G.S., Edwards K.M., Lauton A.R. PFAPA syndrome [letter] // *Pediatr. Infect. Dis.* 1989. № 8. P. 658-659.
8. Бойко Н.В., Писаренко Е.А. Туберкулезное поражение заглоточных лимфатических узлов, вызвавшее затруднение носового дыхания // *Вестник оториноларингологии.* 2016. № 6 (81). С. 86-87.
9. Бойко Н.В., Колесников В.Н. Хирургическое лечение инвертированной папилломы носа // *Рос. ринология.* 2005. № 1. С. 29-32.
10. Бойко Н.В., Панченко С.Н., Кириченко Ю.Г. К вопросу о морфогенезе инвертированной папилломы носа // *Российская ринология.* 2008. № 3 (16). С. 23-28
11. Васильев П.В., Юдин А.Л. Лимфогенное метастазирование при раке гортани и гортаноглотки: механизмы развития и возможности компьютерной томографии с внутривенным контрастированием в диагностике поражения // *Российская оторинолар.* 2009. № 5 (42). С. 21-26.
12. Kim H.W. Cervical tuberculous lymphadenitis mimicking distant lymph node metastasis on F-18 FDG PET/CT in a patient with gastric carcinoid tumor // *Clin. Nucl. Med.* 2009. № 12 (34). P. 946-947.
13. Бойко Н.В., Калинкина М.И., Горшкова Г.И. Консервативное лечение хронического тонзиллита // *Детская оториноларингология.* 2012. № 3. С. 22-24.
14. Бойко Н.В., Локшина Л.С., Сорока Г.Г., Бриж Ю.В., Сулина Н.Ю. Изменение подходов к лечению хронического тонзиллита в детском возрасте по материалам Ростовской ЛОР клиники // *Вестник оторинолар.* 2012; 5: 226.

© 2017, Челябин Э.А., Завьялов А.Е., Куринский В.В.,
Важжов И.В.

Шейный лимфаденит как междисциплинарная
проблема

© 2017, Cheliabin E.A., Zavyalov A.E., Kurinskiy V.V.,
Vazhzhov I.V.

Cervical Lymphadenitis as interdisciplinary problem