

Лимфаденопатия



По дисциплине: синдромная патология

Выполнил: студент группы №411

Дронов Тимур

Преподаватель: Сафонова С.А.

Лимфаденопатия - состояние, проявляющееся увеличением лимфатических узлов лимфатической системы. Этот термин является либо рабочим предварительным диагнозом, требующим уточнения при дальнейшем клиническом обследовании, либо ведущим симптомом заболевания.



Основным симптомом лимфаденопатии является увеличение лимфатических узлов, которое может быть локализованным 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.



Последствия:

- Появление лимфаденопатии характерно, в частности, для следующих заболеваний:
- Лимфаденит
- Туберкулез лимфатических узлов
- Инфекционный мононуклеоз
- Краснуха
- Лимфогранулематоз
- Неходжкинские лимфомы
- Болезнь Стилла
- Вирусный гепатит
- Болезнь Гоше
- Болезнь Нимана-Пика
- Макроглобулинемия Вальденстрема
- Лекарственные лимфаденопатии
- Саркоидоз
- Туляремия
- Болезнь Лайма
- Стрептококковые инфекции кожи
- Болезнь кошачьей царапины (доброкачественный лимфоретикулез)
- ВИЧ-инфекция



Инфекционный мононуклеоз – вирусное заболевание, вызываемое вирусом Эпштейна–Барра. Заболевают чаще лица молодого возраста. Основными клиническими проявлениями являются увеличение размеров ЛУ, лихорадка, устойчивая к антибиотикам, кожные папулезные высыпания, увеличение селезенки, острый тонзиллит, клинико-лабораторные признаки поражения печени.



Болезнь Стилла у взрослых является одним из вариантов системных заболеваний соединительной ткани, проявляющимся лихорадкой, устойчивой к антибиотикам, увеличением ЛУ и селезенки, кожными папулезными и геморрагическими высыпаниями, суставным синдромом (артралгии, реже артриты). В периферической крови характерны нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Заболевание чаще всего приходится дифференцировать с системной красной волчанкой, ревматоидным артритом, вирусным гепатитом с системными проявлениями, септическим процессом



Хронический вирусный гепатит (чаще вирусный гепатит С) может проявляться различными внепеченочными симптомами (лихорадка, лимфаденопатия, геморрагический васкулит, поражение легких, полисерозиты, синдром Шегрена). В ряде случаев внепеченочная симптоматика выступает на первый план в клинической картине и является дебютом печеночного заболевания. При подозрении на хронический вирусный гепатит обязательно лабораторное исследование на наличие всех маркеров гепатита. Для окончательной верификации целесообразно гистологическое исследование биоптатов печени.

Диагностика и лечение:

- · Тщательно собрать анамнез с уточнением факта травм, воспалительных заболеваний органов, миграционного и туристического анамнеза.
- · Провести тщательное исследование всех лимфатических органов для исключения генерализованной лимфаденопатии или специфического заболевания.



Необходимые исследования:

- осмотр миндалин,
- пальпация всех групп лимфоузлов: (затылочных, околоушных, шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, паховых, кубитальных),
- пальпация печени и селезенки,
- перкуссия печени и селезенки,
- при наличии подозрения на увеличение — УЗИ



- При описании характеристик лимфоузлов отметить:

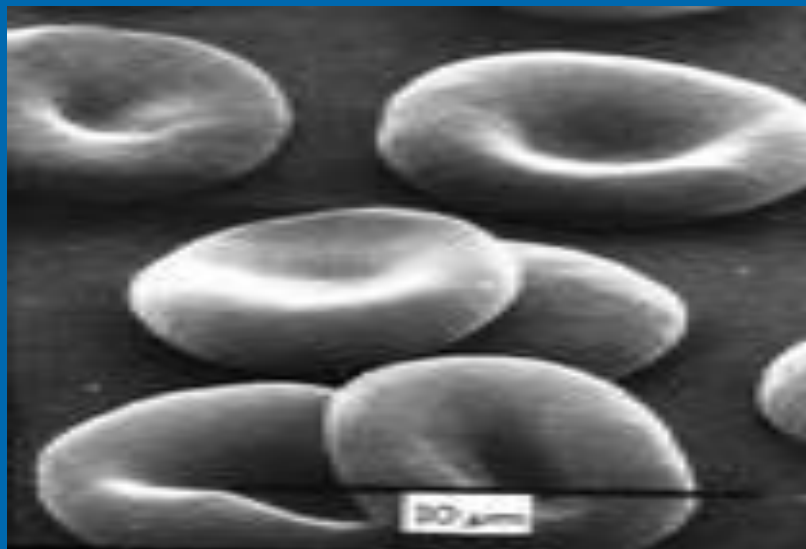
- локализацию,
- форму,
- болезненность,
- консистенцию,
- состояние кожных покровов над пораженной группой лимфоузлов,
- спаянность лимфоузлов с кожей и между собой.



- Обследовать органы, дренируемые в данную группу лимфоузлов.
- · Выполнить диагностический минимум: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови (БАК) с определением глюкозы, мочевины, билирубина, белка, АлАТ, АсАТ, белковых фракций. При необходимости расширение с определением других печеночных ферментов, тимоловой пробы и др.
- · На основании анализа полученных данных первичного обследования — коррекция диагностических процедур, назначение анализа крови на RW, ревмо-фактор, циркулирующие иммунные комплексы и др.

- При отсутствии длительного анамнеза увеличения лимфоузлов наблюдение за больными в течение 2-4 недели.
- · При наличии бактериальной инфекции в зоне дренирования лимфоузлов — назначение антибактериальной терапии с учетом предполагаемой флоры и данных о чувствительности к антибиотикам.
- · Пункционная или эксцизионная биопсия ЛУ с цитологическим и гистологическим исследованием. Показания: плотные, безболезненные лимфоузлы размером более 2 см², надключичная локализация, возраст старше 40 лет.

- · Назначение гормональных препаратов при лимфаденопатиях неясного генеза НЕДОПУСТИМО.
- · Если размеры ЛУ не превышают 1 см^2 , то высока вероятность реактивной лимфаденопатии. У больных с увеличенными ЛУ размером более 2 см^2 чаще подозревать опухолевый или гранулематозный процесс. В случаях увеличения ЛУ, не превышающего $1,5 \text{ см}^2$, и при отсутствии явных признаков инфекции необходимо дальнейшее наблюдение за больными.



Спасибо за внимание!