

Получена: 24 Апреля 2024 / Принята: 15 сентября 2024 / Опубликовано online: 31 Октября 2024

DOI 10.34689/SH.2024.26.5.027

УДК 61.616.423



## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИИ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

**Фарида Е. Рустамова<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0000-0002-5259-6171>

**Райхан У. Мухамбетова<sup>2</sup>**,

**Шахназ И. Иминова<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0009-0008-5047-4155>

**Айша Е. Баймолда<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0009-0007-2026-1389>

**Наргиз А. Әбдіхалық<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0009-0007-0871-3792>

**Шыңғыс Е. Сқақбаев<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0009-0008-6916-6777>

<sup>1</sup> НАО «Казакский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Республика Казахстан;

<sup>2</sup> Городская больница скорой неотложной помощи, г. Алматы, Республика Казахстан.

### Резюме

Лимфатические узлы - это небольшие железы, необходимые, для фильтрации жидкости из лимфатической системы. Лимфаденопатия - это пальпируемое увеличение лимфатического узла диаметром более 1 см. Этиология включает в себя инфекционные и аутоиммунные заболевания, злокачественные новообразования, лимфопролиферативные нарушения, прием определенных лекарственных препаратов. Лимфаденопатии могут быть генерализованными и локализованными.

Зачастую, пациенты не знают об увеличении лимфоузлов, и лимфаденопатия выявляется врачом при объективном осмотре. Генерализованная лимфаденопатия, с поражением 2-х и более групп лимфатических узлов, может указывать на основное онкологическое или системное заболевание.

В статье представлен случай генерализованной лимфаденопатии неизвестной этиологии, которая сопровождалась полисерозитом и другими клиническими проявлениями, указывающими на наличие основного онкологического или системного заболевания.

**Ключевые слова:** лимфаденопатия, полисерозит, диагностические критерии, метастазы.

### Abstract

## DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE OF GENERALIZED LYMPHADENOPATHY OF UNKNOWN ETIOLOGY

**Farida Y. Rustamova<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0000-0002-5259-6171>

**Raikhana U. Mukhambetova<sup>2</sup>**,

**Shakhnaz I. Iminova<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0009-0008-5047-4155>

**Aisha Y. Baimolda<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0009-0007-2026-1389>

**Nargiz A. Abdykhalyk<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0009-0007-0871-3792>

**Shyngys Y. Skakbayev<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0009-0008-6916-6777>

<sup>1</sup> Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Republic of Kazakhstan;

<sup>2</sup> Hospital of a fast emergency aid of the city named Almaty, Almaty, Republic of Kazakhstan.

Lymph nodes are small glands needed to filter fluid from the lymphatic system. Lymphadenopathy is a palpable enlargement of a lymph node with a diameter of more than 1 cm. Etiology includes infectious and autoimmune diseases, malignant neoplasms, lymphoproliferative disorders, and taking certain medications. Lymphadenopathy can be generalized and localized.

Often, patients are unaware of enlarged lymph nodes and lymphadenopathy is detected by a doctor during an objective examination. Generalized lymphadenopathy, with lesions 2 or more groups of lymph nodes may indicate an underlying cancer or systemic disease.

The article presents a case of generalized lymphadenopathy of unknown etiology, which was accompanied by polyserositis and other clinical manifestations indicating the presence of an underlying oncological or systemic disease.

**Key words:** lymphadenopathy, polyserositis, diagnostic criteria, metastases.

Түйіндеме

## БЕЛГІСІЗ ЭТИОЛОГИЯНЫҢ ЖАЛПЫЛАНҒАН ЛИМФАДЕНОПАТИЯСЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ СИПАТТАМАСЫ

**Фарида Е. Рустамова<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0000-0002-5259-6171>

**Райхан У. Мухамбетова<sup>2</sup>**,

**Шахназ И. Иминова<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0009-0008-5047-4155>

**Айша Е. Баймолда<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0009-0007-2026-1389>

**Наргиз А. Әбдіхалық<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0009-0007-0871-3792>

**Шыңғыс Е. Сқақбаев<sup>1</sup>**, <https://orcid.org/0009-0008-6916-6777>

<sup>1</sup> С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы;

<sup>2</sup> Алматы Қалалық жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы.

Лимфа түйіндері - бұл лимфа жүйесінен сұйықтықты сүзуге қажет шағын бездер. Лимфаденопатия - диаметрі 1 см-ден асатын лимфа түйінінің пальпацияланатын ұлғаюы. Этиологиясына жұқпалы және аутоиммундық аурулар, қатерлі ісіктер, лимфопролиферативті бұзылулар, кейбір дәрі-дәрмектерді қабылдау жатады. Лимфаденопатия жалпыланған және локализацияланған болуы мүмкін.

Көбінесе пациенттер лимфа түйіндерінің ұлғаюын білмейді және лимфаденопатияны дәрігер объективті тексеру кезінде анықтайды. Жалпыланған лимфаденопатия, зақымданулары бар

Лимфа түйіндерінің 2 немесе одан да көп топтары негізгі қатерлі ісік немесе жүйелі ауруды көрсетуі мүмкін.

Мақалада полисерозитпен және негізгі онкологиялық немесе жүйелік аурудың болуын көрсететін басқа да клиникалық көріністермен жүретін белгісіз этиологияның жалпыланған лимфаденопатия жағдайы берілген.

**Түінді сөздер:** лимфаденопатия, полисерозит, диагностикалық критерийлер, метастаздар.

### Для цитирования / For citation / Дәйексөз үшін:

Рустамова Ф.Е., Мухамбетова Р.У., Иминова Ш.И., Баймолда А.Е., Әбдіхалық Н.А., Сқақбаев Ш.Е. Описание клинического случая генерализованной лимфаденопатии неясной этиологии // Наука и Здравоохранение. 2024. Т.26 (5). С. 230-235. doi 10.34689/SH.2024.26.5.027

Rustamova F.Y., Mukhambetova R.U., Iminova Sh.I., Baimolda A.Y., Abdykhalyk N.A., Skakbayev Sh.Y. Description of a clinical case of generalized lymphadenopathy of unknown etiology // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2024. Vol.26 (5), pp. 230-235. doi 10.34689/SH.2024.26.5.027

Рустамова Ф.Е., Мухамбетова Р.У., Иминова Ш.И., Баймолда А.Е., Әбдіхалық Н.А., Сқақбаев Ш.Е. Белгісіз этиологияның жалпыланған лимфаденопатиясының клиникалық жағдайының сипаттамасы // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2024. Т.26 (5). Б. 230-235. doi 10.34689/SH.2024.26.5.027

### Введение

Лимфаденопатия обозначает аномальное увеличение или консистенцию лимфатических узлов. Несмотря на стремительное развитие медицины в области лабораторной и инструментальной диагностики, основную роль в диагностике лимфаденопатии занимает тщательный объективный осмотр пациента. Ранее лимфаденопатией являлось увеличение лимфатического узла более 1 см. Однако из этого определения есть исключения - паховые лимфатические узлы, размером более 1,5 см. [1]

Лимфаденопатия неясной этиологии достаточно редко встречается в общей популяции (<1%). Однако, при данной патологии правильная постановка диагноза требует обширной и тщательной дифференциальной диагностики, так как вероятность злокачественного заболевания высока. [6]

Если этиология неясна, то лимфаденопатия классифицируется как локализованная или генерализованная. При диагностике локализованной

лимфаденопатии нужно учитывать область поражения и характер дренажа из лимфатических узлов. Обследование пациента может включать методы визуальной диагностики, биопсию, данные лабораторных анализов. Также учитывается локализация поражения, клиническая картина и наличие факторов риска. Основными факторами, указывающими на злокачественный характер, являются: мужской пол, белая раса, возраст старше 40 лет, лимфаденопатия надключичной области, а также наличие в клинической картине таких системных симптомов, как лихорадка, ночная потливость и необъяснимая потеря веса. [4]

Установление причин генерализованной лимфаденопатии - симптома множества заболеваний - остается сложной задачей.

Возможная этиология лимфаденопатии включает бактериальные, вирусные и грибковые, микобактериальные инфекции, некоторые иммунные заболевания - системная красная волчанка,

ревматоидный артрит, злокачественные новообразования - лимфома, лейкемия, рак головы и шеи. [5]

Лимфаденопатия представляет собой сложно диагностируемую патологию, так как является первым признаком нарушения иммунной системы, особенно важной при диагностике злокачественных заболеваний. Учитывая большое количество возможных причин и сложность своевременного распознавания лимфаденопатии, что приводит к поздней диагностике. [2]

Основная часть лимфаденопатий является локализованными - около 75%, из них 50% составляют лимфаденопатии головы и шеи. Генерализованная лимфаденопатия, затрагивающая 2 и более смежные области встречается в оставшихся 25% случаев. [3]

**Целью** данной статьи является демонстрация клинического случая генерализованной лимфаденопатии неясной этиологии, этапов диагностики, сложности и неоднозначности постановки диагноза и ведения.

Женщина А. 54 лет поступила в приемный покой городской больницы скорой неотложной помощи г. Алматы с жалобами на одышку в покое, массивные отеки на нижних конечностях, периодические давящие боли за грудиной, без иррадиации, купируемые самостоятельно, перебои в работе сердца, кашель, общую слабость.

**Из анамнеза заболевания:** данное ухудшение состояния в течение 3-х месяцев, когда стали беспокоить одышка при малейшей физической нагрузке, отеки на нижних конечностях, в ноябре отмечала субфебрильные повышения температуры, частые носовые кровотечения. Амбулаторно неоднократно обследовалась, осмотрена кардиологом, гематологом, ЛОР врачом. С 09.03.2023 г. по 05.04.2023 г. в связи с ухудшением состояния в виде нарастания одышки, массивных отеков на нижних конечностях, выраженной слабости находилась в БСНП г. Алматы на стационарном лечении с диагнозом: Внебольничная пневмония нижней доли правого легкого, средней степени тяжести. ДН 1 степени. Гидроторакс справа. Легочная гипертензия. Экссудативный плеврит справа. ИБС. СН со сниженной ФВ - 43%. Артериальная гипертензия 2 степени, высокий риск ССО. Экссудативный перикардит. Анемия легкой степени на фоне воспалительного процесса. Генерализованная лимфаденопатия неизвестного генеза. MTS?

**Из анамнеза жизни:** Наследственность не отягощена. Пациентка состоит на Д-учете у терапевта по месту жительства. Хронические заболевания: Артериальная гипертензия. ИБС. Вредных привычек нет. Перенесенные операции: Кесарево сечение 2005 г., Холецистэктомия 02.12.2022г.

**При объективном осмотре** при поступлении от 09.03.2023 г.: общее состояние тяжелой степени тяжести за счет полисерозита. Сознание ясное, на вопросы отвечает корректно, адекватна, астенизирована. Температура тела 36,6С. Рост - 160 см. Вес - 60 кг. ИМТ 23,4 кг/м<sup>2</sup> - в норме. Кожные покровы бледной окраски, умеренно влажные, чистые. Видимые слизистые бледные. При аускультации в легких

дыхание, ослабленное везикулярное, не прослушивается справа, хрипов нет. ЧДД -25 в мин. SO<sub>2</sub> без кислорода 94%. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, тахикардия ЧСС 80-120 уд/мин. АД на обеих руках - 120/80 мм рт.ст. Диурез малыми порциями. Массивные отеки на нижних конечностях.

#### Проведенные лабораторные исследования:

##### Общий анализ крови:

	от 10.03.2023	от 27.03.2023	от 01.04.2023
Лейкоциты	4.50 10 <sup>3</sup> /μL	5.40 10 <sup>3</sup> /μL	<b>11.30 10<sup>3</sup>/μL</b>
Эритроциты	4.04 10 <sup>6</sup> /μL	3.75 10 <sup>6</sup> /μL	4.26 10 <sup>6</sup> /μL
Гемоглобин	112.00 g/L	98.00 g/L	113.00 g/L
Гематокрит	33.80%	32.40%	35.60%
Тромбоциты	197.00 10 <sup>3</sup> /μL	225.00 10 <sup>3</sup> /μL	206.00 10 <sup>3</sup> /μL
СОЭ	19 мм/час	22 мм/ч	20мм/ч

##### Общий анализ мочи: изменения в динамике виде глюкозурии, протеинурии, незначительной гематурией возможно связано в неправильным сбором мочи

ОАМ	от 10.03.2023	от 31.03.2023
Прозрачность	Прозрачная	Мутная
Количество	40,0 mL	50,0 mL
Цвет	COLORLESS	LIGHT YELLOW
Глюкоза	- mmol/L	<b>4+ mmol/L</b>
Белок	- g/L	<b>1+ g/L</b>
Билирубин	- umol/L	- umol/L
Уробилиноген	NORMAL umol/L	
pH	7.00	5.50
Относительная плотность	<1.005	>1.030
Кровь	- mg/L	1+ mg/L
Кетоны	- mmol/L	-
Нитриты	-	-
Лейкоциты	- Leu/uL	-

**Электролиты от 10.03.2023 г.:** Натрий 128,9 ммоль/л; Калий 3,89 ммоль/л;

##### Коагулограмма

	от 10.03.2023	от 03.04.2023
Протромбированное время	14.20 sec	14.60 sec
Протромбированный индекс	77.00%	76.00%
МНО	1.13	1.15
Фибриноген	7.10 sec	5.10 sec
по Клаусу	2.46 g/L	3.96 g/L
АЧТВ	37.90 sec	50.60 sec
Д-димер	0.93 mg/L	0,56 mg/L

##### Биохимический анализ крови:

	от 10.03.2023	от 31.03.2023	от 03.04.2023
Общий белок	71.62 g/L	69.24 g/L	<b>64.43 g/L</b>
Альбумин	37.17 g/L	39.16 g/L	<b>34.56 g/L</b>
Мочевина	6.33 mmol/L	3.83 mmol/L	4.97 mmol/L
Креатинин	75.43 umol/L	75.24 umol/L	<b>35.27 umol/L</b>
Глюкоза	8.33 mmol/L	6.61 mmol/L	5.74 mmol/L
АЛТ	12.72 U/L	14.41 U/L	9.70 U/L
АСТ	17.99 U/L	25.54 U/L	15.85 U/L

Билирубин общий	11.09 umol/L	14.37 umol/L	13.82 umol/L
Холестерин общий	2.96 mmol/L		
Триглицериды	0.63 mmol/L		
Амилаза общая	40.16 U/L	44.68 U/L	35.08 U/L
C-реактивный белок	1.67 mg/L	2.77 mg/L	
Ревматоидный фактор	7.82 IU/ml		
Холестерин ЛПВП	1.00 mmol/L		
Холестерин ЛПНП	1.77 mmol/L		
Ферритин в сыворотке		92.95 ug/L	

Учитывая анемию у пациентки, повышенный уровень ферритина подтверждает наличие воспалительного процесса или злокачественных заболеваний.

**Бактериальный посев плевральной жидкости от 21.03.2023 г.: выделены Pseudomonas aeruginose.** Pseudomonas aeruginosa является самым частым возбудителем нозокомиальных инфекций в частности: пневмонии, воспалительных процессов мочеполовой системы.

С целью исключения онкопроцесса в малом тазу выполнен анализ онкомаркера СА 125 от 28.03.2023 г.: - **80.17 U/ml- повышен**, в норме не должен превышать 20 U/ml

Скрининг на аутоиммунные ревматические заболевания не выявил системного заболевания:

Иммунодиагностическое исследование от 31.03.2023г:	
ANCA - screen	0,1 (норма менее 10МЕ/мл)
ANA - Detect	6,9 (норма менее 1,0)
ДНК двуцепочечная IgG	3,9 (норма менее 20 Ме/мл)

09.03.2023 г. ЭХО КГ
Во время исследования аритмия с ЧСС 67-102 уд/мин. Умеренный выпот в перикарде ( ЗСЛЖ 1,1 см, ЗСПП 0,6 см, за боковой стенке ЛЖ - 1,7см, ЗСПЖ - 0,9см ) количество жидкости около 430-600 мл. Аорта не расширена. Стенка аорты уплотнена. Склероз и кальциноз АК. Аортальная регургитация 1-2ст. Парадоксальное движение МЖП. Умеренная дилатация обоих предсердий. Расширение ЛА. Систолическая функция ЛЖ удовлетворительная. Систолическая функция ПЖ снижена. Митральная регургитация 1ст. Трикуспидальная регургитация 2-3 ст. Легочная регургитация 1ст. Выраженная гипертрофия МЖП и ЗСЛЖ. Умеренная ЛГ. Правый желудочек- 2,5 см. ПП – 4,2 x 4,9 см. Легочная артерия- 2,8 см. НПВ- 2,6 см на вдохе - 1,5 см. TAPSE- 1,2 см. ЛАД- 41 мм.рт.ст. ЕТ/АТ- 0,30мм с.б.б. ср. ЛА- 36 мм с.б.б Соотношение ПЖ к ЛЖ- 0,78 см.

По данным УЗИ органов брюшной полости и почек определяется наличие серозита в малом тазу и паранефральном пространстве.

**Иммуноблот скрининг на аутоиммунные ревматические заболевания от 05.04.2023 г.**

Антинуклеарный фактор на клетках HEp-2 Показатель Результат Реф. интервал АНФ, титр менее 1:80 - отрицательный! <1:80 - отрицательный; ≥1:80 - положительный;  
Тип свечения (АНФ) АС-0 Цитоплазма - отрицательная!  
Хроматин – отрицательный! Наименование Результат Реф.интервал комментарии  
dsDNA - | 0,0 U/ml 9,5 – 10,0 >10 отрицательный  
СЕНР-В - | 0,0 U/ml (+) 8,0 | +10,0 отрицательный  
Sm - | 0,0 U/ml (+) 8,0 | +10,0 отрицательный  
RNP/Sm - | 0,0 U/ml (+) 8,0 | +10,0 отрицательный  
Scl-70 - | 0,0 U/ml (+) 8,0 | +10,0 отрицательный  
SS-B/La - | 0,0 U/ml (+) 8,0 | +10,0 отрицательный  
SS-A(60kD) - | 0,0 U/ml (+) 8,0 | +10,0 отрицательный  
SS-A(52kD) - | 0,0 U/ml (+) 8,0 | +10,0 отрицательный

Были проведены инструментальные исследования с целью дифференциальной диагностики:

**ЭКГ от 09.03.2023 г.:** синусовая аритмия, ЧСС 60-75 уд./мин. ЭОС резко отклонена вправо. Блокада задней ветви ЛНПГ. Не исключаются рубцовые изменения по передней стенке ЛЖ.

**ЭКГ от 30.03.2023 г.:** ритм синусовый с ЧСС 85 уд.мин, ЭОС нормальное положение, рубцовые изменения по передней стенке, гипертрофия левого желудочка

Ультразвуковое исследование плевральных полостей	
09.03.2023	Справа 600-750мл, слева нет
13.03.2023	Справа 300-350мл, слева нет.
15.03.2023	Справа 700-750 мл, слева нет
20.03.2023	Справа 900-1000 мл, слева нет
31.03.2023	Справа 50- 100 мл, слева нет (после пункции)

Несмотря на проводимую медикаментозную терапию отмечалось нарастание жидкости в плевральной полости справа, что явилось обоснованием для выполнения плевральной пункции.

27.03.2023 г. ЭХО КГ в динамике
Выпот в перикарде по задней стенке ЛЖ 1,1 см, по боковой стенке ЛЖ 0,8 см, по передней стенке ПЖ 0,6 см, по правому предсердию 0,2 см; количество жидкости около 300 мл. Аорта не расширена. Стенка аорты уплотнена. Кальциноз АК. Аортальная регургитация 1-2 ст. Умеренная дилатация обоих предсердий. Систолическая функция ЛЖ незначительно снижено. Систолическая функция ПЖ снижена. Митральная регургитация 1-2 ст. Трикуспидальная регургитация 2 ст. Легочная регургитация 1 ст. Гипертрофия МЖП и ЗСЛЖ. Умеренная ЛГ. Гипокинез базального сегмента передне - перегородочной стенки ЛЖ. Правый желудочек- 2,8 см. ПП – 4,3 x 5,0 см. Легочная артерия- 2,8 см. НПВ- 2,3 см на вдохе - 2,0 см. TAPSE-1,3 см. ЛАД- 41 мм.рт.ст. ЕТ/АТ- 0,33 мм с.б.б. ср. ЛА - 29 мм с.б.б Соотношение ПЖ к ЛЖ- 0,7 см. <b>В динамике отмечается увеличение размеров ПП, хотя показатели легочной гипертензии, наличие жидкости в перикарде без изменений.</b>

УЗИ ОБП и почки от 10.03.2023 г.: СПХЭ. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Свободная жидкость в малом тазу. Умеренная

каликоэктазия справа. Выпот панефральном пространстве справа. Истончение паренхимы левой почки.

**УЗИ органов малого таза (матки, шейки матки, яичника) от 14.03.2023 г.** Заключение: Выпот в ОМТ. Инвалютивные изменения в ОМТ.

**МРТ органов малого таза от 28.03.2023 г.** Заключение: Миома матки (по классификации FIGO 3 тип). Инвалютивные изменения органов малого таза. Свободная жидкость в малом тазу. **Лимфоаденопатия паховых областей с двух сторон.**

**Ультразвуковое исследование щитовидной железы от 14.03.2023 г.**

Заключение: Гипоплазия щитовидной железы. Диффузные изменения паренхимы обеих долей щитовидной железы.

Также учитывая выраженную одышку, нарушение ритма нельзя исключить ТЭЛА, поэтому пациентке было проведено УЗДГ вен нижних конечностей.

**Ультразвуковая доплерография вен нижних и верхних конечностей от 14.03.2023 г.** Заключение: Данных за тромбоз вен нижних конечностей не выявлено.

**Ультразвуковое исследование (линейный) от лимфоузлов 28.03.2023г.:** Лимфоаденопатия подчелюстной области с обеих сторон, шейной области с обеих сторон, надключичной области справа, подключичной области справа, паховой области с обеих сторон (не исключается Мts). Реактивный лимфаденит надключичной области слева и подмышечной области с обеих сторон.

В целях поиска онкопроцесса в грудной и брюшной полостях выполнено КТ-органов:

<b>КТ-исследование органов грудной клетки</b>	
09.03.2023г	Правосторонняя нижнедолевая пневмония. Выпот в плевральную полость справа. Перикардит. Кардиомегалия. Конгломераты внутригрудных лимфоузлов.
28.03.2023 г.: с контрастом Ультравист 370	Правосторонняя нижнедолевая пневмония. Выпот в плевральную полость справа. Перикардит. Кардиомегалия. Конгломераты внутригрудных лимфоузлов. Признаки хронического бронхита. КТ - данных за патологических очагов накопления контраста в грудной клетке, а также очагов патологической деструкции в костных структурах не выявлено.
<b>КТ исследование органов брюшной полости</b>	
28.03.2023 г.: с контрастом Ультравист 370	СПХЭ. Умеренная гепатомегалия. Диффузные изменения паренхимы печени (не исключается «сердечный цирроз» печени). Хронический пиелонефрит. Умеренная свободная жидкость в брюшной полости. КТ - данных за патологических очагов накопления контраста в брюшной полости, а также очагов патологической деструкции в костных структурах не выявлено

В период диагностического поиска пациентка была консультирована узкими специалистами:

специалист	Диагноз, рекомендации
<b>кардиохирург от 10.03.2023</b>	На момент консультации показаний к перикардоцентезу нет. <b>Рекомендована</b> консервативная терапия. ЭХОКГ в динамике
<b>хирург от 11.03.2023</b>	<b>Диагноз:</b> экссудативный плеврит справа. Проведена пункция плевральной полости справа <b>Рекомендации:</b> Лечение основного заболевания Р-ОГК, УЗИ – плевральной полости
<b>эндокринолог от 14.03.2023</b>	<b>Диагноз:</b> Диффузно-эндемический зоб, эутиреоз. <b>Рекомендации:</b> Стол 10. Наблюдение у эндокринолога по месту жительства. Витамин Д через 3 месяца. ТТГ, свТ4, свТ3 через 6 месяцев.
<b>онколог от 15.03.2023</b>	Необходимо дообследование. <b>Рекомендации:</b> СА 125, ЭФГДС, КТ ОГК с контрастом, КТ ОБП с контрастом, КТ ОМТ с контрастом, УЗИ периферических лимфатических узлов.
<b>от 23.03.2023</b>	на основании выше перечисленных обследований данных за онкологию не выявлено. <b>Рекомендации:</b> КТ в динамике.
<b>гематолог от 27.03.2023</b>	<b>Диагноз:</b> Анемия легкой степени на фоне воспалительного процесса. <b>Рекомендации:</b> 1- лечение основного заболевания 2- санация очагов инфекции 3- фолиевая кислота по 1т*3рд 10 дней 4- онкопоиск, онколог 5- контроль ОАК в динамике
<b>фтизиатр от 30.03.2023 г.</b>	<b>Рекомендации:</b> 1. Мокрота на чувствительность 2. Курс НАБТ с учетом чувствительности. 3. Рентгенконтроль в динамике. Рентген архив поднять. 4. Дообследование у фтизиатра по м/ж.
<b>ревматолог от 04.04.2023</b>	<b>Диагноз:</b> на момент осмотра данных за СЗСТ нет.

На фоне проведенного лечения при выписке отмечается незначительное улучшение состояния пациентки в виде уменьшения одышки, стабилизации гемодинамики, уменьшения отеков на нижних конечностях.

После выписки, 18.04.2023 г. пациентка самостоятельно обратилась в Республиканский Институт Онкологии, где был выставлен предварительный диагноз: «Образование языка» и проведена биопсия, результаты биопсии неизвестны, так как пациентка повторно не обращалась. Хотя в марте 2023г пациентка была направлена на биопсию лимфоузлов, результат не подтвердил онкопатологию. По данным литературы ложноотрицательные результаты возникают вследствие раннего или

частичного поражения лимфатических узлов, неопытности в цитологии лимфатических узлов, нераспознанных гетерогенных лимфом и ошибок при взятии образцов [7].

По данным электронной системы поликлиники, где пациентка состояла на учете выяснено, что последняя госпитализация была с 13.05.2023 по 25.05.2023 в городскую клиническую больницу №7, куда больная поступила с судорогами и потерей сознания.

По данным электронной системы поликлиники стало известно о смерти пациентки 29.08.2023 г.

К сожалению, позднее выявление у данной пациентки опухолевого образования языка, дебютом которого возможно явилась генерализованная лимфаденопатия с полисерозитом, и присоединением полиорганной недостаточности, явилось причиной гибели больной. По данным литературы спектры этиологической структуры при локальной и генерализованной лимфаденопатии радикально отличаются. При локальной лимфаденопатии соотношение опухоль/не опухоль составляет 1:1 (48% и 52% соответственно), при генерализованной - в 90% случаев выявляется опухоль и только в 10% подтверждается неопухольный генез ЛАП [8].

Несмотря на следование протоколам клинических рекомендаций, проведенных лабораторных и инструментальных исследований выставить окончательный диагноз у данной пациентки не удалось, так как это требовало времени, согласованности стационарного и амбулаторного звена здравоохранения, а также вовлеченности пациента в выставлении диагноза. Кроме того верификация онкопатологии на ранних стадиях трудно выполнимо, в связи с чем идет запоздалая диагностика, а следовательно и лечение.

В заключении представленный нами клинический случай демонстрирует сложность выявления не только этиологии генерализованной лимфаденопатии, но и тактику ведения пациентов. Самыми частыми проявлениями генерализованной лимфаденопатии могут быть онкологические и/или системные заболевания. Поэтому важное значение имеет раннее

привлечение мультидисциплинарной команды для проведения дифференциальной диагностики и определения дальнейшей тактики ведения таких пациентов.

#### Литература:

1. Ali M., Elhatw A., Hegazy M., Albeyoumi H., Sakr N., Deyab A.M., Soliman A.Y., Said E., Samir Elbehwashy A., Nassar M., Alfishawy M. The Evaluation of Lymphadenopathy in a Resource-Limited Setting. *Cureus*. 2022 Oct 24. 14(10):e30623. doi: 10.7759/cureus.30623. PMID: 36426328. PMCID: PMC9681672.
2. Costagliola G., Consolini R. Lymphadenopathy at the crossroad between immunodeficiency and autoinflammation: An intriguing challenge. *Clin Exp Immunol*. 2021 Sep. 205(3):288-305. doi: 10.1111/cei.13620. Epub 2021 Jun 20. PMID: 34008169. PMCID: PMC8374228.
3. Ferrer R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. *Am Fam Physician*. 1998 Oct 15. 58(6):1313-20. PMID: 9803196.
4. Gaddey H.L., Riegel A.M. Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis. *Am Fam Physician*. 2016 Dec 1. 94(11):896-903. PMID: 27929264.
5. Mohseni S., Shojaieard A., Khorgami Z., Alinejad S., Ghorbani A., Ghafouri A. Peripheral lymphadenopathy: approach and diagnostic tools. *Iran J Med Sci*. 2014 Mar. 39(2 Suppl):158-70. PMID: 24753638. PMCID: PMC3993046.
6. Richner S., Laifer G. Peripheral lymphadenopathy in immunocompetent adults. *Swiss Med Wkly*. 2010 Feb 20. 140(7-8):98-104. doi: 10.4414/smw.2010.12892. PMID: 20069473.
7. Heidi L. Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis *Am Fam Physician*. 2016;94(11):896-903
8. Савина Т.А. Лимфаденопатии различной этиологии в клинике туберкулеза периферических лимфатических узлов. Дисс.докт.мед.наук. Москва, 1997; с. 450.

#### Контактная информация:

**Рустамова Фариды Ерашимовна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры Внутренних болезней КазНМУ им. С. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан.

**Почтовый адрес:** Республика Казахстан, 071400, г.Алматы, ул. Радостовца 124 кв.59,

**E-mail:** rustamova.f@mail.ru

**Телефон:** +7 (701) 6625736