

УДК 616-006.442-07

Е.М. Смаил¹, С.Б. Маукаева¹, А.З. Токаева¹, Б.К. Абдуллина²¹Государственный медицинский университет города Семей,²КГКП «Городская инфекционная больница», г. Семей

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЛИМФАДЕНОПАТИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Аннотация

В рамках данной публикации освещаются вопросы подхода к дифференциальной диагностике синдрома лимфаденопатии (ЛА) с демонстрацией клинического случая. Синдрому ЛА не всегда уделяется достаточно серьезное внимание, несмотря на то, что она часто может быть клиническим проявлением серьезных и даже фатальных нозологий. В таких клинических ситуациях необходимо соблюдать основные рекомендации по ведению больных с ЛА.

Ключевые слова: лимфаденопатия, паротит, лакунарная ангина, лимфогранулематоз.

Актуальной и достаточно сложной дифференциально-диагностической проблемой для врачей различных специальностей является лимфаденопатия (ЛА) – состояние, проявляющееся увеличением лимфатических узлов (ЛУ). В клинической практике термин «лимфаденопатия», как правило, выступает или в качестве предварительного диагноза, или ведущего синдрома заболеваний различной этиологии. К сожалению, ЛА не всегда уделяется достаточно серьезное внимание, несмотря на то, что она часто может быть клиническим проявлением серьезных и даже фатальных нозологий (1).

В связи с этим в рамках данной публикации мы хотим остановиться на подходах к дифференциальной диагностике данного синдрома с демонстрацией клинического случая.

Больная К., 53 года поступила в инфекционный стационар на 43 день болезни (31.10.2012 г.) При поступлении жалобы на головную боль, снижение аппетита, слабость, кашель, потливость, повышение температуры тела до 39,6 °С, боль в околоушной области справа, насморк, похудание.

Из анамнеза заболевания: заболела остро, 18.09.2012г., когда появилась боль в горле, усиливающаяся при глотании, повысилась температура тела до 39,5 °С, озноб, слабость, головокружение, головная боль. Лечилась амбулаторно, без эффекта. За 1 месяц до поступления в инфекцию находилась на стационарном лечении в инфекционной клинической больнице в г. Алматы с диагнозом: гнойно-некротическая ангина, средней степени тяжести, St.aureus, сопутствующее заболевание: внебольничная двусторонняя пневмония.

Получала следующее лечение: цефтриаксон 2 г/сут №4; полоскание горла р-ром бетадина, фурацилина; кетотоп 2,0 в/м №2; 5% глюкоза 500,0 №2; физ.р-р 500,0 №4; парацетамол 1т №1; диклофенак 3,0 в/м №3; супрастин 1,0 в/м №3; амбро 30 мг 2 таблетки х 2 раза в день №9; зитмак 500 мг 1 таблетку х 1 раз в день №5; каптоприл 25 мг 1 таблетку №1; флунол 150 мг 1 таблетку №2; преднизалон 30 мг внутрисыщечно №3; эуфиллин 10,0 внутривенно №1. В результате лечения общее состояние улучшилось, нормализовалась температура тела, купировался тонзиллит. При выписке жалоб не было. Выписалась в удовлетворительном состоянии с клиническим улучшением.

В середине октября 2013 г. появилась припухлость в левой околоушной области, которая постепенно увеличивалась, с 25.10.2012 г. повысилась температура тела до 40 °С, 30.10.2012 г. обратилась за медицинской помощью в службу «скорой помощи», осмотрена терапевтом, лор-врачом, челюстно-лицевым хирургом, направлена в инфекционную больницу с диагнозом: лимфаденопатия. 31.11.2012г госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом: острая респираторная вирусная инфекция, средней степени тяжести, бактериальный паротит.

Из анамнеза жизни: вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Артериальная гипертензия, мастит (1982г.), аппендэктомия (1996 г), аллергия на анальгин. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Объективные данные на момент поступления: общее состояние средней степени тяжести, обусловленное интоксикационным синдромом. Кожные покровы обычной окраски. Пальпируются околоушные, подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, болезненные при пальпации. Зев ярко гиперемирован, миндалины отечны, в лакунах гнойные налеты, отек паратонзиллярной клетчатки. Дыхание затруднено (ринит). Аускультативно над легкими везикулярное дыхание, справа ослабленное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются, ритм сердца правильный, ЧСС 100 в минуту, АД 140/90 мм.рт.ст. На основании клинических проявлений: острое начало заболевания, повышение температуры тела до 39-40°С, головная боль, снижение аппетита, слабость, кашель, потливость, насморк, лимфаденит, похудание.

Выставлен предварительный диагноз: Острая респираторная вирусная инфекция, средней степени тяжести, осложненная внебольничной правосторонней пневмонией, бактериальным паротитом. Лимфогранулематоз?

Результаты обследования: анализ крови на бруцеллез от 02.11.12г.: реакция Хеддельсона – отрицательная; реакция Райта – отрицательная, анализ крови РПГА с тулярийным антигеном – отрицательно, анализ крови на малярию от 05.11.12г. – не обнаружены, анализ крови на гемокультуру от 31.10.12 – отрицательно, анализ крови на стерильность от 31.10.12 – отрицательно, анализ крови на лептоспироз от 06.11.12 – РПГА – отрицательно,

анализ крови RW от 01.11.12 – отрицательно, анти-ВИЧ от 05.11.12 – отрицательно.

Результаты инструментальных методов: УЗИ лимфатических узлов от 01.11.12г: в подчелюстной области, подбородочной, околоушной, боковой поверхности шеи просматриваются пакеты лимфоузлов от 1 до 2 см, с ровными контурами, неоднородной структурой, пониженной плотности, рентгенография легких от 12.11.12 г.: гиперплазия бронхопульмональных лимфатических узлов, цифровая рентгенография легких от 15.11.12г: рентгенографическая картина характерна в большей степени вероятности для лимфогранулоцитоза медиастинально-легочной формы.

Консультации узких специалистов:

02.11.12 г. хирург, заключение: гнойная лакунарная ангина, воспаление околоушной железы слева (паротит), пневмония? Подчелюстной лимфаденит. Рекомендовано: бактериологический анализ из лимфоузла, контроль анализов крови; повторный осмотр 5.11.12 г.,

6.11.12 г.: хирург (повторно) диагноз: гнойная лакунарная ангина, воспаление околоушной железы слева. Рекомендовано: биопсия лимфатического узла; консультация онколога.

Консультации узких специалистов:

7.11.12г.: онколог, заключение: данных за онкопатологию со стороны слюнных желез не выявлено.

Осмотр 15.11.12 г. онколога повторно из регионального онкологического диспансера (РОД), диагноз: подозрение на лимфогранулематоз.

Рекомендовано: УЗИ периферических лимфатических узлов, биопсия под контролем УЗИ в условиях РОД. Для дальнейшего лечения больная была пере-

ведена в онкологический диспансер с предположительным диагнозом лимфогранулематоз.

Таким образом, на примере данного клинического случая еще раз подтверждается необходимость проведения основных рекомендаций по ведению больных с ЛА. В частности, 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; 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, общего белка, АлАТ, АсАТ, белковых фракций; 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. Показаниями для проведения которой являются плотные, безболезненные лимфоузлы размером более 2х2 см, надключичная локализация, возраст старше 40 лет.

Литература:

1. Зайков С.В. Журнал «Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология», - 2012. №4. - С. 16-24

Тұжырым ЛИМФАДЕНОПАТИЯ СИНДРОМЫНЫҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫ. КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Е.М. Смаил¹, С.Б. Маукаева¹, А.З. Токаева¹, Б.К. Абдуллина²

¹ Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,

² «Қалалық жұқпалы аурулар ауруханасы», Семей қ.

Осы берілген мақала төңірегінде лимфаденопатияның клиникалық жағдайы көрсетілген дифференциалды диагностика сұрақтары қарастырылған. Лимфаденопатия синдромы аса маңызды және фатальды клиникалық көріністерге алып келседе, оған үнемі көп көңіл бөліне бермейді.

Негізгі сөздер: лимфаденопатия, паротит, лакунарлы ангина, лимфогранулематоз.

Summary DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF LYMPHADENOPATHY SYNDROME

E.M. Smail¹, S.B. Maukayeva¹, A.Z. Tokayeva¹, B.K. Abdullina²

¹ Semey State Medical University,

² Municipal Hospital of Infectious Diseases, Semey

In this publication approach to the differential diagnosis of lymphadenopathy syndrome (LA) with a demonstration of the case highlights. LA syndrome is not always given enough attention, despite the fact that it often can be a clinical manifestation of serious and even fatal nosology. In such clinical situations basic guidelines on the management of patients with LA are followed.

Key words: lymphadenopathy, mumps, lacunar tonsillitis, limfogranulomatoz.