

РГПК « ЗАПАДНО-КАЗАХСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАРАТА  
ОСПАНОВА».

## Самостоятельная работа интерна

На тему: Дифференциальная диагностика с  
неинфекционными заболеваниями,  
протекающими с лимфаденитами.

Выполнила: Мухамбедиярова Д.

Группа: 645

Проверила: Мусабекова И.Н.

# ВВЕДЕНИЕ

---

- ▣ **Лимфаденит** – неспецифическое или специфическое воспалительное поражение лимфоузлов. Лимфаденит характеризуется местной болезненностью и увеличением лимфатических узлов, головной болью, недомоганием, слабостью, повышением температуры тела. Диагностика лимфаденита проводится с помощью сбора анамнеза и физикального обследования; этиология уточняется путем биопсии измененного лимфоузла. Лечение лимфаденита осуществляется с учетом выделенного возбудителя и включает антибиотикотерапию, физиотерапию. При формировании абсцесса или аденофлегмоны производится их вскрытие и дренирование.



şişmiş hali

normal hali



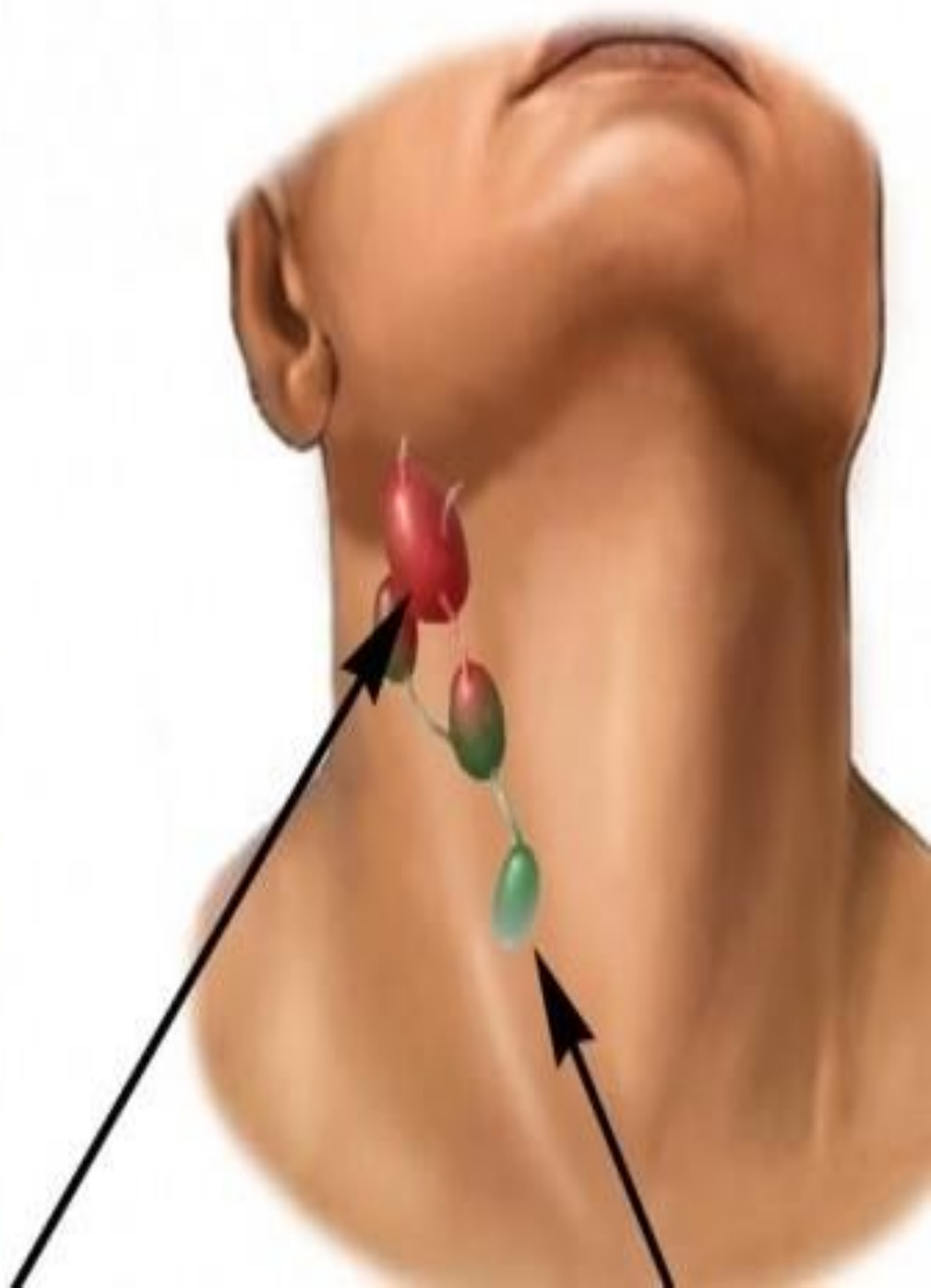
□ Обычно лимфаденит возникает как осложнение первичного воспаления какой-либо локализации. Инфекционные возбудители (микроорганизмы и их токсины) проникают в регионарные лимфоузлы с током лимфы, которая оттекает из первичного гнойного очага. Иногда к моменту развития лимфаденита первичный очаг уже ликвидируется и может оставаться нераспознанным. В других случаях лимфаденит возникает при непосредственном проникновении инфекции в лимфатическую сеть через поврежденную кожу или слизистую.



MASKAHAIR.RU



- Причины развития лимфаденита
- Возбудителями неспецифического лимфаденита обычно выступает гноеродная флора - стафилококки и стрептококки, а также выделяемые ими токсины и продукты тканевого распада, которые проникают в лимфоузлы лимфогенным, гематогенным или контактным путем. Первичным очагом при неспецифическом лимфадените могут являться гнойные раны, панариции, фурункулы, карбункулы, флегмоны, рожистое воспаление, трофические язвы, тромбофлебит, кариес, остеомиелит. Местные воспалительные процессы чаще сопровождаются регионарным лимфаденитом.
- Лимфаденит у детей часто бывает связан с воспалительными процессами ЛОР-органов (гриппом, отитом, хроническим тонзиллитом, ангиной), детскими инфекциями (скарлатиной, дифтерией, паротитом), а также кожными заболеваниями (пиодермией, экссудативным диатезом, инфицированной экземой и др.).
- Причиной специфического лимфаденита являются возбудители туберкулеза, сифилиса, гонореи, актиномикоза, чумы, сибирской язвы, туляремии и др. инфекций



- В случае нагноения узел становится плотным и болезненным, развивается общая интоксикация – лихорадка, потеря аппетита, слабость, головная боль. Нарастают местные явления - гиперемия и отек в области пораженного узла, контуры лимфоузла становятся нечеткими за счет периаденита. Больной вынужден щадить пораженную область, поскольку при движениях боли усиливаются. Довольно скоро наступает гнойное расплавление лимфатического узла и в области инфильтрата становится заметна флюктуация.
- Если сформировавшийся абсцесс не вскрыть вовремя, может произойти прорыв гноя наружу или в окружающие ткани. В последнем случае развивается аденофлегмона, которая характеризуется разлитым плотным и болезненным инфильтратом с отдельными участками размягчения. При гнилостной форме лимфаденита при пальпации узла ощущается газовая крепитация (похрустывание). При деструктивных процессах прогрессируют общие нарушения – нарастает лихорадка, тахикардия, интоксикация.



# ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ

- Лимфогранулематоз или болезнь Ходжкина – это злокачественная опухоль лимфоидной ткани со специфической гистологической структурой. Лимфогранулематоз часто встречается в детском возрасте, а также имеет пики заболеваемости в 20 и 50 лет.



# Причины заболевания

---

- Этиология лимфогранулематоза неизвестна. Однако обсуждается роль вируса Эпштейна-Барра, который часто обнаруживается в опухолевых клетках при данном заболевании. Возможно, эта инфекция приводит к некоторым мутациям в нормальных лимфоцитах человека, в результате чего они начинают бесконтрольно размножаться.

Lymph node

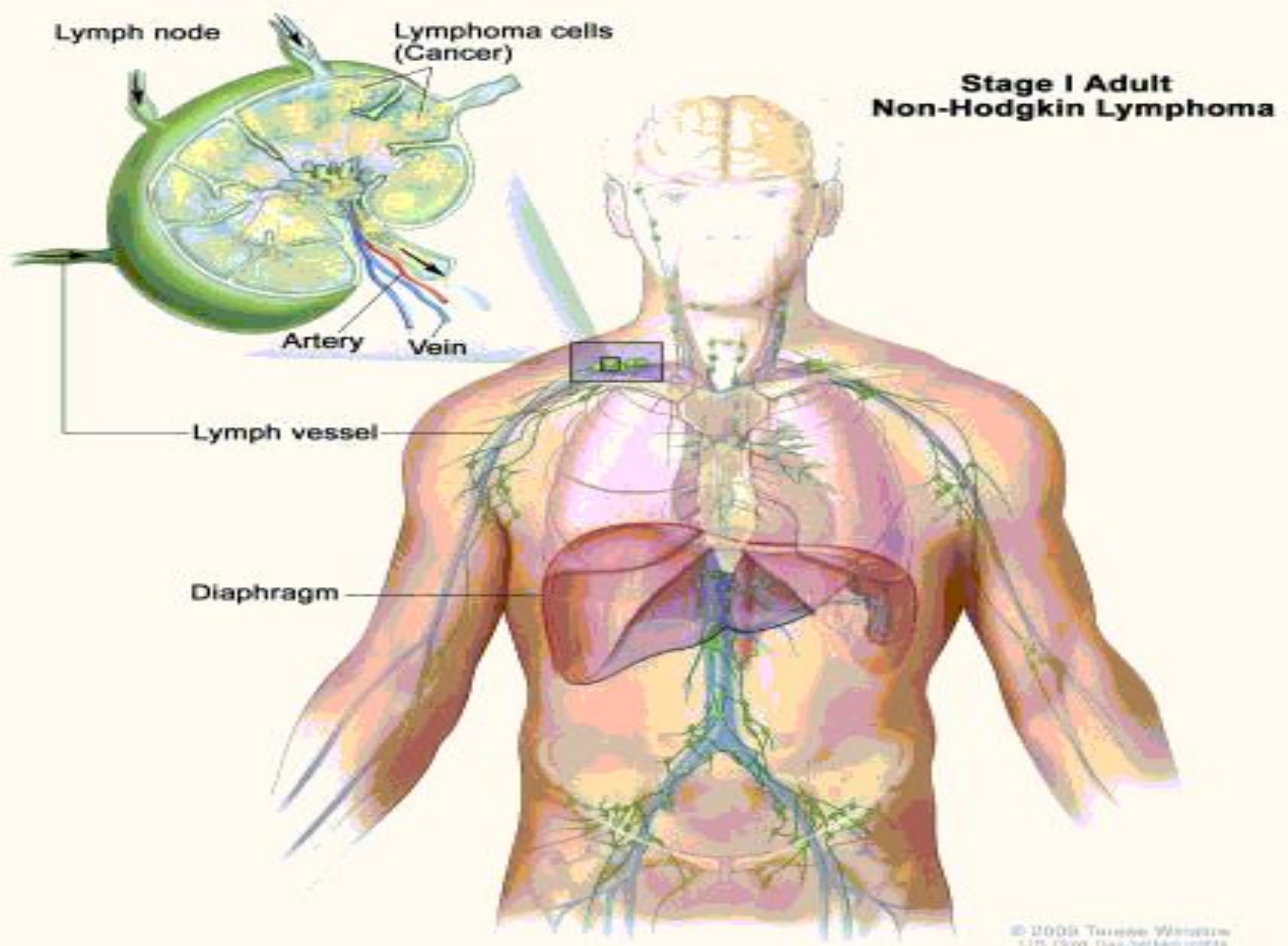
Lymphoma cells  
(Cancer)

# Stage I Adult Non-Hodgkin Lymphoma

Artery Vein

Lymph vessel

Diaphragm



## Симптомы лимфогранулематоза

- Основным симптомом заболевания является увеличение лимфатических узлов лимфаденопатия. Лимфатические узлы при этом безболезненные, плотные, подвижные, без признаков воспаления, часто в виде конгломератов. Увеличение лимфатических узлов на шее, в подмышечных впадинах или в паху заметно на ощупь, а иногда и зрительно. Вследствие того, что часто поражается лимфатическая ткань, расположенная в грудной клетке, первым симптомом заболевания может быть затруднение дыхания или кашель вследствие давления на легкие и бронхи увеличенных лимфатических узлов. Другими симптомами, встречающимися при лимфогранулематозе, являются слабость, длительное беспричинное повышение температуры тела, потливость, потеря веса (более 10% массы тела за 6 и менее месяцев)

□ **Дифференциальная диагностика.**

Дифференцировать лимфогранулематоз

---

необходимо практически от всех состояний, сопровождающихся лимфоаденопатией.

В первую очередь, исключают наиболее часто встречающиеся причины лимфоаденопатий — бактериальные и вирусные инфекции.

Во всех сомнительных случаях или при первичном подозрении на опухолевый процесс ответ необходимо искать с помощью морфологического исследования.

Дифференциальную диагностику лимфогранулематоза и неходжкинских лимфом проводят с использованием методов иммунофенотипирования и молекулярно-генетического исследования.



- **1. Клинический анализ крови** – умеренный нейтрофилез, лимфопения, увеличение СОЭ.

---

- Может быть эозинофилия, тромбоцитоз, анемия гемолитическая, но все эти изменения не имеют прямого диагностического значения.
- В начальной стадии заболевания **анализ** крови общий может быть без изменений.
- **2. Биохимический анализ крови.** Специфических изменений нет.
- Лактатдегидрогеназа может быть не повышена (N=400-500 ЕД) или повышена незначительно. Высокие цифры ЛДГ могут быть при гемолизе.
- Повышение уровня сывороточного ферритина, церрулоплазмينا, фибриногена не имеют прямого диагностического значения, но в сочетании со снижением альбумина, гемоглобина, повышением СОЭ может свидетельствовать о возможности неблагоприятного прогноза.
- Эти показатели отражают биологическую активность и массу опухоли.
- При инициальном поражении печени, а также при гемолитической анемии, при холестазах вследствие сдавления опухолью отмечается повышение прямого или непрямого билирубина.
-

# Синдром лимфопролиферативный - дифференциальный диагноз





□ **1. Иммунологические методы исследования.**

- Лимфопения, уменьшение содержания циркулирующих Т-хелперов, снижение способности лимфоцитов к митогенстимулированной бласттрансформации.
- 

□ **2. Биопсия лимфоузлов, селезенки.**

- Диагноз лимфомы Ходжкина проавомочен лишь при определении клеток Березовского-Штернберга-Рида. Это гигантские двуядерные клетки (до 25 микрон) с крупными нуклеолами. Цитоплазма базофильная или слабооксифильная, иногда вакуолизированная. Предстадией этой клетки является клетка Ходжкина меньшего размера с наличием одного ядра, морфологически сходна с иммунобластами.
- **3. Трепанобиопсия из 4-х точек** (за исключением с IА и IIА стадией заболевания). В полученном материале определяют клетки Березовского-Штернберга).
- **4. Рентгенография органов грудной клетки.**

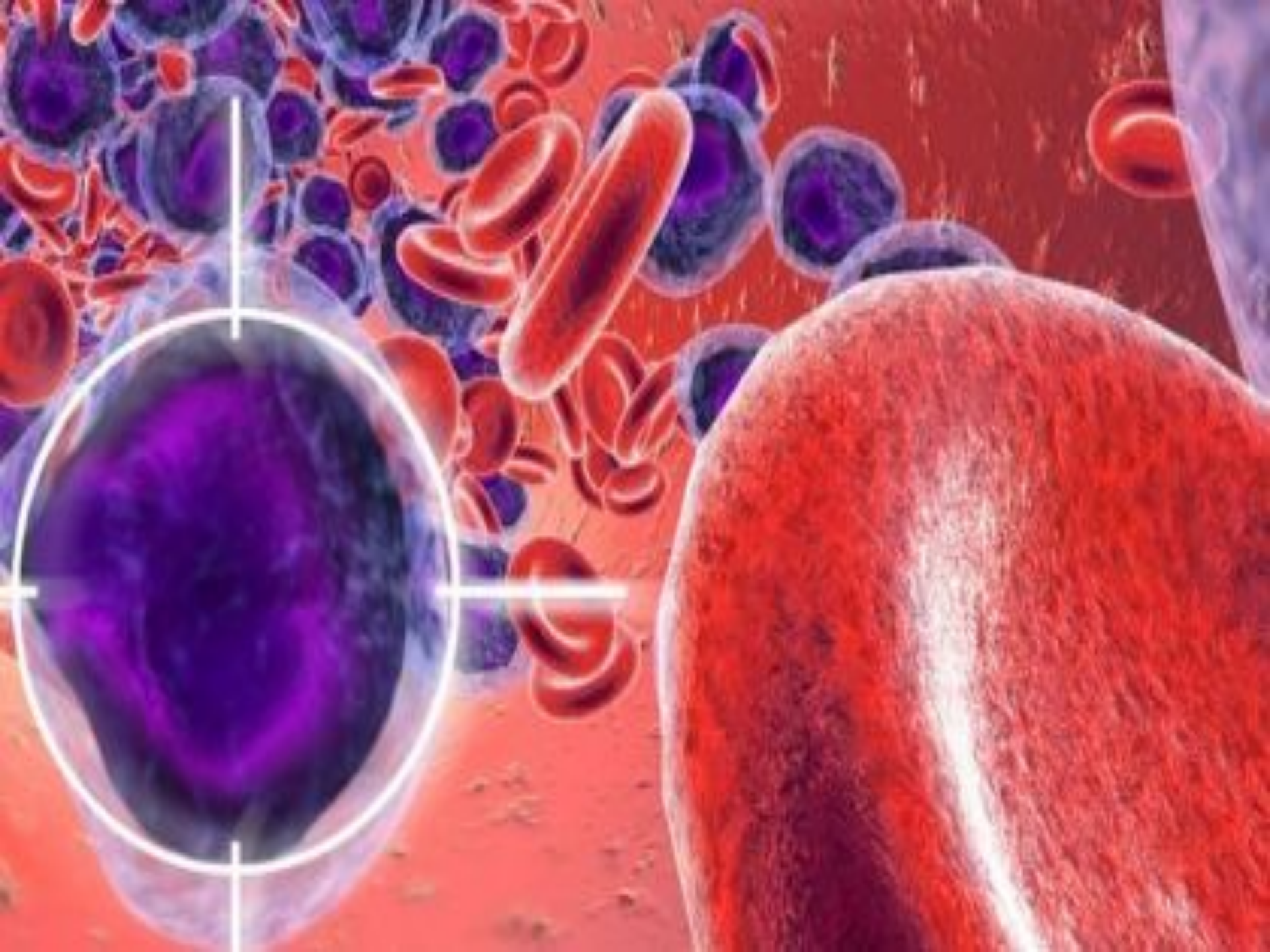
# ЛИМФОЛЕЙКОЗ

---

- Лимфолейкоз является злокачественным поражением, возникающим в лимфатической ткани. Характеризуется оно накоплением опухолевых лимфоцитов в лимфоузлах, в периферической крови и в костном мозге. Острая форма лимфолейкоза совсем недавно относилась к «детским» заболеваниям ввиду подверженности ему преимущественно пациентов в возрасте двух-четырех лет. Сегодня же лимфолейкоз, симптомы которого характеризуются собственной спецификой, наблюдается чаще среди взрослых.



- Основные симптомы острой формы лейкоцитоза заключаются в следующих проявлениях: Жалобы больных на ~~общее недомогание, слабость; Исчезновение аппетита;~~ Изменение (снижение) веса; Немотивированный рост температуры; Анемия, провоцирующая бледность кожных покровов; Одышка, кашель (сухой); Боли в животе; Тошнота; Головная боль; Состояние общей интоксикации в широчайшем разнообразии проявлений. Интоксикация определяет собой такого типа состояние, при котором возникает нарушение нормальной жизнедеятельности организма за счет проникновения или образования в нем токсических веществ. Иными словами, это общее отравление организма, и в зависимости от степени его поражения на этом фоне определяются симптомы интоксикации, которые, как отмечено, могут быть самыми различными: тошнота и рвота, головная боль, диарея, боль в животе - расстройство функций ЖКТ; симптомы нарушения сердечного ритма (аритмия, тахикардия и пр.); симптоматика нарушения функций центральной нервной системы (головокружения, депрессия, галлюцинации, нарушение остроты зрения) и т.д.  
;



- Болевые ощущения в области позвоночника и конечностей; Раздражительность; Увеличение в процессе развития болезни периферических лимфоузлов. В некоторых случаях – медиастинальных лимфоузлов. Медиастинальные лимфоузлы, в свою очередь, делятся на 4 основные группы: лимфоузлы области верхнего средостения до участка раздвоения трахеи; лимфоузлы ретростернальные (в области за грудиной); бифуркационные лимфоузлы (лимфоузлы области нижней трахеобронхальной области); лимфоузлы области ниже-заднего средостения.; Порядка половины из общего числа случаев заболевания характеризуется развитием геморрагического синдрома со свойственными ему кровоизлияниями - это петехии. Петехии - это мелкого типа кровоизлияния, сосредотачивающиеся в основном на коже, в некоторых случаях на слизистых оболочках, их размеры могут быть различными, от булавочной головки и до размеров горошины; Образование очагов экстрамедуллярных поражений в ЦНС провоцирует развитие нейрорлейкемии; В редких случаях возникает инфильтрация яичек - такое их поражение, при котором они увеличиваются в размере, преимущественным образом такое увеличение является односторонним (соответственно, лейкоэмического характера возникновения, диагностируется примерно в 1-3% случаев).



- Диагноз хронического лимфолейкоза основывается на клинической картине, картине крови (нарастающий лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз), исследовании пунктата костного мозга (лимфоидная метаплазия), снижении в сыворотке гамма-глобулинов, исследовании пунктата селезенки (резкое преобладание элементов лимфопоэза). Необходимо проводить дифференциальную диагностику с инфекционным мононуклеозом, лимфогранулематозом, туберкулезным лимфаденитом, инфекционным лимфоцитозом.



# АБСЦЕССЫ

- ▣ **Абсцесс** – это местное скопление гнойной массы, возникающее вследствие локальной инфекции, в результате которой происходит разрушение тканей в области очага.



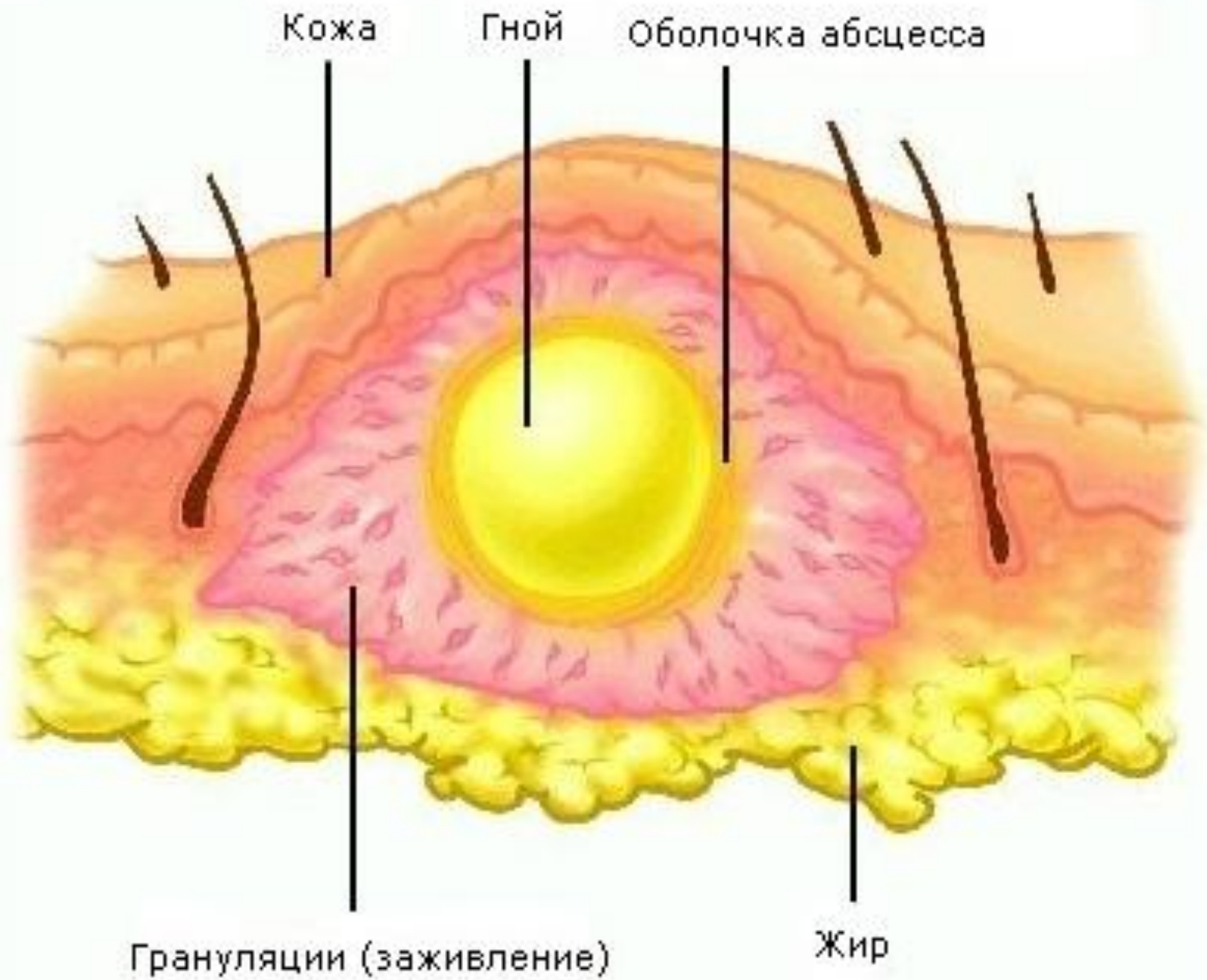
# Причины возникновения абсцесса.

---

Частой причиной абсцесса является очаговая бактериальная инфекция, преимущественно стафилококковая, так как именно она провоцирует ослабление иммунной системы и снижает вероятность организма бороться с заболеваниями.

Попадание микробов в организм и развитие абсцессов может осуществляться различными способами. Абсцесс может развиваться в результате микроскопического поражения кожи, гематомы (гноения накопления излившейся крови), фурункула, гнойной инфекции, кисты и распространения инфекции из очага.

Формирование абсцесса может произойти вследствие проникновения химических веществ под кожный покров, после медицинских манипуляций (инъекций и вливаний под кожу), которые могли быть проведены с отсутствием асептических правил.



Кожа

Гной

Оболочка абсцесса

Грануляции (заживление)

Жир

# Симптомы и признаки абсцесса.

---

Образование абсцесса может произойти в любой области организма, как в области кожного покрова, так и в области тканей и внутренних органов.

Первым проявлением абсцесса является возникновение твердого болезненного узла и красноты вокруг него. Спустя несколько дней в этой области формируется капсула, наполненная гноем.

Признаки абсцесса схожи с симптомами гнойно-воспалительных процессов, не завися от их локализации. К ним относится общая слабость, повышенная температура тела, недомогание.

Окончательной фазой развития процесса может стать самопроизвольный разрыв, который приводит к выходу гноя. В случае поверхностного абсцесса гнойные массы выходят наружу, и при полном очищении нарыв теряет свой объем. При отсутствии негативного воздействия область абсцесса превращается в рубец.

В случае абсцесса внутренних органов выход гнойных масс в полость организма способен привести к формированию разных гнойных процессов.



# Диагностика абсцесса.

---

Специалисту не составляет труда распознать абсцесс кожного покрова, однако, это не относится к глубокому абсцессу. Выявить абсцесс поможет анализ крови, который позволяет определить увеличение количества лейкоцитов.

Для определения размера и месторасположения абсцесса, врач может назначить проведение ультразвукового и рентгеновского обследования, магнитно-резонансной и компьютерной томографии. Так как опухоли и абсцессы зачастую сопровождаются схожими проявлениями и дают похожие изображения, для достоверной диагностики иногда берут образец гнойной массы, или оперативно устраняют абсцесс для обследования данной ткани при помощи микроскопа.



# ФЛЕГМОНА

- **Флегмона** – острый разлитый гнойный воспалительный процесс жировой клетчатки, который быстро распространяется по клетчаточным пространствам и втягивает в гнойный процесс сухожилия и мышцы.





# Причины возникновения флегмоны.

Флегмона формируется в результате проникновения болезненных микробов в мягкие ткани. Возбудителями флегмоны, как правило, являются стафилококки, стрептококки, а также гноеродные микробы, проходящие в клетчатку сквозь случайные поражения кожного покрова, слизистых или через кровь.

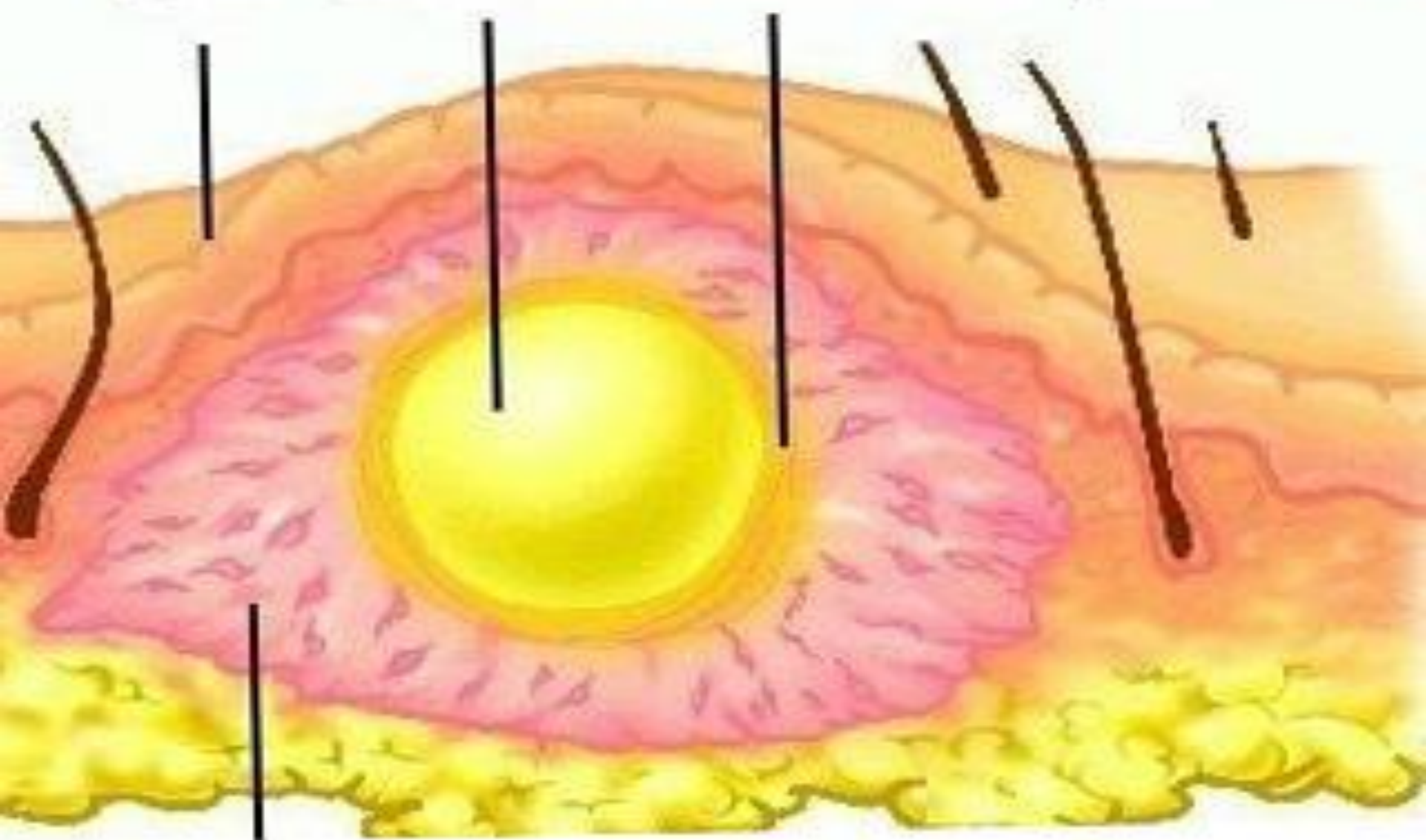
Флегмона гнойного характера вызывается стрептококками, стафилококками, синегнойной палочкой и гноеродными микроорганизмами.

В случае проникновения гнилостного стрептококка, вульгарного протей, кишечной палочки в ткани, развивается гнилостная флегмона.

Более серьезные формы флегмоны способны вызвать облигатные анаэробы, которые размножаются в бескислородной среде. Спорообразующие газообразующие анаэробы и неспорообразующие анаэробы обладают довольно агрессивными свойствами, поэтому возникновение воспалительного процесса и его распространение в мягких тканях происходит очень быстро.

Флегмона может возникнуть при введении под кожу разных химических препаратов, таких как бензин, керосин, скипидар и пр.

Кожа Флегмона Оболочка флегмоны



Грануляция

# Симптомы и признаки флегмоны.

Флегмона может быть острой и хронической, а также тазовой, забрюшинной, межорганной, органной, межмышечной, субфасциальной, подкожной.

Флегмона острой формы характеризуется скорым началом, слабостью, повышением температуры тела до сорока градусов, сильной жаждой, быстрым возникновением и распространением припухлости, болью, разлитой краснотой кожи, нарушением работы поврежденной области тела.

Кожный покров над флегмоной краснеет, припухлость нарастает, лоснится. При пальпации выявляется болезненное уплотнение с отсутствием четких границ, горячее на ощупь и неподвижное.

По течению флегмоны могут быть злокачественные, когда процесс быстро развивается, при этом охватывая большие области подкожной, а также межмышечной клетчатки и сопровождается сильной интоксикацией.



## Диагностика

---

Диагностирование поверхностной флегмоны с ярко-выраженными клиническими проявлениями не представляет трудностей для хирурга при визуальном осмотре. При наличии глубокой флегмоны необходимо проведение ультразвукового исследования, рентгенологического исследования, магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии. В случае затруднений при диагностике назначается пункция патологического очага.



# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. Атлас. А.В. Струтынский, А.П. Баранов, Г.Е. Ройтберг, Ю.П. Гапоненков. Москва, 2011.
- 2. Дифференциальная диагностика внутренних болезней в практике семейного врача. В.М. Делягин, А.Г. Румянцев. МАКС Пресс, Москва, 2010.
- 3. Внутренние болезни по Т.Р. Харрисону. Под редакцией Э. Фаучи, Ю. Браунвальда. В 10 томах. Практика, Москва, 2010.
- 4. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: алгоритмический подход. П.М. Хили, Э.Дж. Джекобсон. Бином, Москва, 2011.
- 5. Внутренние болезни. Под редакцией Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. В 2-х томах. ГЭОТАР-Медиа, 2010.
- 6. Справочник практического врача. Под редакцией А.И. Воробьева. Москва, 2011.