

ной инфекции, каждая из которых имеет свои особенности [15, 25, 50, 51, 102, 103, 105, 109, 112, 120, 121, 128, 135].

6.1. Локализованная лимфаденопатия

Из всех групп поверхностных лимфоузлов, доступных пальпации, при инфекционных заболеваниях у детей чаще других встречаются шейная, подмышечная и паховая локализации ЛАП.

6.1.1. Лимфаденопатия шейной области

В группу шейных лимфоузлов входят затылочные, околоушные, сосцевидные, подчелюстные, переднешейные, заднешейные и надключичные лимфатические узлы.

ЛАП затылочной области возникает вследствие развития местного воспалительного процесса волосистой части головы при таких заболеваниях, как фурункулез, педикулез, импетиго, остеомиелит костей свода черепа, грибковое поражение, а также целом ряде других инфекционных заболеваний. Из инфекционных заболеваний вирусной природы затылочная ЛАП чаще встречается при краснухе, кори, ветряной оспе, начальной стадии ВИЧ, токсоплазмозе.

При приобретенной краснухе затылочная ЛАП считается патогномоничным признаком. Может быть локализованной или сочетаться с увеличением заднешейных, сосцевидных, подчелюстных, подмышечных и подколенных групп узлов. При физикальном исследовании затылочные лимфоузлы умеренно увеличены (до 1,5–2 см в диаметре), иногда заметны на глаз, округлой формы, безболезненны и лишь изредка бывают болезненны, но без внешних признаков воспаления, эластической консистенции, не спаяны между собой и с окружающими тканями. Бывают как единичными (при легкой форме), так и множественными (при среднетяжелой форме). Лимфоузлы при краснухе увеличиваются не менее чем за 24 часа до появления экзантемы, держатся весь период высыпания (3–4 дня) и нередко сохраняются в течение одной недели периода реконвалесценции [13, 88].

Аналогичный тип аденопатии, сопровождающийся сыпью, лихорадкой, симптомами поражения верхних дыхательных путей, встречается и при **ветряной оспе**. Затылочные лимфатические узлы достигают размеров крупной горошины, безболезненные на ощупь.

Реактивная гиперплазия исчезает в периоде отпадания корочек на 7–14-й день болезни.

Корь часто протекает с затылочной ЛАП, но, как правило, не изолированной, а в сочетании с увеличением шейных и подмышечных лимфоузлов. Они появляются в катаральном периоде или в периоде высыпаний. При пальпации размеры лимфоузлов меньше, чем при краснухе (1–1,5 см в диаметре), чувствительные или умеренно болезненные. В зависимости от тяжести кори ЛАП может сохраняться до нескольких недель.

В начальной стадии **ВИЧ-инфекции** частым и единственным проявлением может быть полиадения, в том числе с вовлечением и затылочных лимфоузлов. Однако помимо них увеличиваются также шейные, под- и надключичные, локтевые, паховые группы лимфоузлы. При пальпации они, как правило, округлой формы, множественные, эластической или мягкой консистенции, реже плотные, в размерах достигают 1,5–4 см в диаметре, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, иногда отмечается их асимметричное расположение. Для этого периода ВИЧ-инфекции характерна так называемая лабильная ЛАП, то есть поочередное увеличение лимфоузлов разных групп. Длительность ЛАП составляет от нескольких месяцев до нескольких лет.

При приобретенном **токсоплазмозе** в большинстве случаев встречается локализованная затылочная ЛАП в сочетании с шейной. Лимфоузлы могут быть единичными, однако чаще увеличиваются несколько лимфоузлов симметрично с обеих сторон. При пальпации они чувствительны, реже бывают умеренно болезненны, что характерно для острой формы заболевания, не превышают 2–3 см в диаметре, не спаяны между собой и с окружающими тканями, мягкой или эластической консистенции, иногда плотные, не нагнаиваются, кожа над ними не изменена, сохраняются в течение нескольких недель.

Околоушной лимфаденит встречается при краснухе, железисто-глазной форме листериоза, инфекции век, кератоконъюнктивитах аденовирусной и хламидийной этиологии и других заболеваниях [13, 42, 102, 103, 121].

При всех этих заболеваниях наряду с симптомами интоксикации и поражения глаз наблюдается увеличение околоушных лимфоузлов, чаще сочетающееся либо с подчелюстным, либо с шейным лимфаденитами, которые по своим проявлениям являются неспецифически-

ми. Обычно увеличиваются группы лимфоузлов на стороне поражения глаза, достигая размеров 1–2 см в диаметре. При пальпации они болезненные, не спаянные между собой, эластической консистенции, без отека окружающей подкожной клетчатки и покраснения кожи над ними.

Увеличение *сосцевидных (заушных) лимфоузлов* преимущественно встречается при воспалении среднего и наружного уха, гнойном воспалении кожи волосистой части головы (пиодермия), педикулезе, фурункулезе, лейкемии. Нередко эта группа лимфоузлов реагирует на инфицирование аллергической сыпи при атопическом дерматите и экземе, особенно при локализации за ушами. Из инфекционных заболеваний заушный лимфаденит встречается при довольно ограниченном круге заболеваний, таких как краснуха, туляремия, грибковое поражение волосистой части головы [45, 74–76].

Ангинозно-бубонная форма туляремии. Одновременно с увеличением регионарных верхних переднешейных лимфоузлов увеличиваются и заушные лимфоузлы. Вначале на стороне поражения миндалин появляются умеренно увеличенные, но болезненные при пальпации лимфоузлы. Увеличение их в размерах постепенно нарастает, и к концу 1-й недели заболевания формируется бубон, который не спаян с окружающими тканями, подвижен, кожа над ним не изменена. Иногда появляется его флюктуация. Обратный процесс идет медленно [39, 42, 45].

Подчелюстной лимфаденит является вторичным по отношению к инфицированию ротоглотки различными возбудителями. Из инфекционных заболеваний наиболее часто подчелюстной лимфаденит развивается при ангинах различной этиологии (вирусной, грибковой, бактериальной), дифтерии, туберкулезе, воспалительных процессах ротовой полости (афтозном стоматите, флегмоне Людвига, гингивите, фарингите, сиалоадените, заболеваниях зубов и др.), а также при новообразованиях ротоглотки, острой лейкемии, для которой больше характерна полиадения.

Вирусные ангины вызываются чаще всего аденовирусами, энтеровирусами Коксаки, ВПГ-1. Независимо от вида вируса и клинической картины в ротоглотке, подчелюстная ЛАП нередко сочетается с шейной, что особенно отчетливо проявляется при аденовирусной инфекции. При пальпации лимфоузлы увеличены в размерах до 1–1,5 см в диаметре, безболезненные, подвижные, множественные, плотно-эластической консистенции. Сохраняют

ся весь острый период заболевания с последующей быстрой нормализацией [10, 14, 45].

Грибковая ангина является одним из проявлений грибкового поражения ротоглотки, вызванного грибом рода *Candida albicans*. Чаще развивается у ослабленных детей на фоне течения ОРВИ, длительного применения антибактериальных средств. Для нее характерно появление на миндалинах налетов белого цвета, творожистого характера. Однако несмотря на развитие местного воспалительного процесса в миндалинах, регионарные лимфоузлы (подчелюстные, небные) остаются интактными на протяжении всего периода болезни даже при упорном течении ангины. Реже они умеренно увеличиваются в размерах, но при пальпации сохраняют эластическую консистенцию, безболезненные.

При островчатой форме **дифтерии миндалин** реакция подчелюстных лимфоузлов либо полностью отсутствует, либо они немного увеличены в размерах, достигая 1–1,5 см в диаметре, но без реакции при их пальпации, имеют эластическую консистенцию.

При пленчатой форме дифтерии отмечается умеренная реакция регионарных лимфоузлов в виде их увеличения в размерах до 1–2 см в диаметре. При пальпации они становятся сочными, но безболезненными или малоболезненными.

При распространенной форме дифтерии размеры лимфоузлов достигают 2–2,5 см в диаметре, на них ощупь имеют плотную консистенцию, нарастают болевые ощущения при их пальпации, иногда возможно определить начинающийся легкий отек подкожной клетчатки вокруг них.

При ксической форме дифтерии ЛАП достигает своего максимального развития, что проявляется значительным (3–4 см в диаметре) симметричным увеличением размеров лимфоузлов, их болезненностью при пальпации, нередко вовлечением в процесс заднешейных и затылочных групп, а самое главное — с отчетливо выраженным перинодулярным отеком подкожной клетчатки и тенденцией к его распространению на шею и ниже. Обратное развитие лимфаденита происходит параллельно исчезновению местного воспалительного процесса в ротоглотке под влиянием проводимой специфической и неспецифической терапии, что происходит обычно в течение недели [25, 42, 103].

При ангинах бактериальной этиологии в миндалинах развивается, как правило, гнойно-воспалительный процесс, который приводит к

возникновению регионарного подчелюстного лимфаденита. При чем каких-либо его особенностей в зависимости от этиологического фактора не наблюдается [39, 45, 92, 93].

При **стрептококковой ангине** в остром периоде заболевания значительно увеличиваются подчелюстные лимфоузлы, которые достигают в диаметре от 1 до 3 см, степень их увеличения пропорциональна выраженности процесса в миндалинах. При пальпации они продолговатой формы, болезненные, плотной консистенции, однако периаденит практически не встречается. Обратное развитие лимфаденита продолжается дольше по сравнению с исчезновением других симптомов ангины, он обычно сохраняется до 10–12 дней.

Стафилококковая ангина чаще встречается у детей раннего возраста на фоне течения ОРВИ, предшествующей вакцинации или при инфекционном мононуклеозе. Увеличение подчелюстных лимфоузлов симметричное, размеры от 1,5 до 2 см в диаметре, пальпация болезненна, иногда лимфоузлы могут нагнаиваться, признаками чего будут их размягчение и флюктуация. В этом случае течение длительное — до 2 недель и более.

Фузоспириллезная ангина протекает с четко выраженными проявлениями подчелюстного регионарного лимфаденита в виде одностороннего увеличения ЛУ на стороне пораженной миндалины, умеренной или слабой болезненности его при пальпации, плотно-эластической консистенции. Лимфаденит исчезает параллельно с местным процессом на миндалине.

К редко встречающимся в настоящее время заболеваниям, сопровождающимся локализованным подчелюстным лимфаденитом, относятся туляремия и листериоз.

Ангинозно-бубонная форма туляремии протекает с лихорадкой, умеренно выраженной интоксикацией, развитием одностороннего ложно-пленчатого или язвенно-некротического тонзиллита и регионарным подчелюстным лимфаденитом, который бывает как изолированным, так и сочетанным с заднешейным лимфаденитом. Подчелюстные лимфоузлы в течение нескольких дней от начала заболевания увеличиваются, достигая размеров бубона, то есть 3–5 см, изредка до 8 см в диаметре. В отличие от других, особенностями данного подчелюстного лимфаденита являются, несмотря на его размеры, незначительные субъективные ощущения независимо от тяжести ангины и умеренная болезненность узла при его прощупывании. Бубоны расположены симметрично, имеют четкие границы, так как

не спаяны с окружающей подкожной клетчаткой. Максимальных размеров бубон достигает к концу первой недели от начала заболевания. В отдельных случаях бубон нагнаивается с образованием свища. Обратная его трансформация происходит медленно в течение 1–2 месяцев, а при склерозировании лимфаденит сохраняется в течение нескольких месяцев и даже лет [39, 42, 45, 102, 103].

При ангинозно-септической форме листериоза в воспалительный процесс в первую очередь вовлекаются регионарные подчелюстные лимфоузлы с возможным последующим присоединением шейной ЛАП. Размеры их редко превышают 2 см в диаметре, форма округлая или продолговатая, обычно безболезненные при пальпации, без признаков развития периаденита.

При таком заболевании, как **скарлатина**, признаки подчелюстного лимфаденита выражены слабо, а незначительное увеличение их размеров нормализуется к концу первой недели заболевания; при среднетяжелой форме реакция со стороны лимфоузлов проявляется уже не только увеличением размеров до 1,5–2 см в диаметре, но и их болезненностью, плотной консистенцией при пальпации; при тяжелой форме скарлатины лимфоузлы достигают размеров 2–2,5 см в диаметре, резко болезненны, плотные при пальпации, склонны к развитию не только периаденита, но и аденофлегмоны. Лимфаденит уменьшается параллельно исчезновению ангины [14, 102].

При **сифилитической ангине**, которая у детей представляет исключительную редкость, на 5–7-й день после появления ангиноподобного шанкра обнаруживается специфический регионарный подчелюстной лимфаденит, умеренной выраженности, безболезненный при пальпации, который часто сочетается с заднешейным лимфаденитом. Лимфоузлы обычно невелики (от 1,5 до 2,5 см в диаметре), пружинисто-эластической консистенции или твердые, подвижные, не спаяны между собой и с окружающими тканями, не нагнаиваются, кожа над ними не изменена. ЛАП может сохраняться на протяжении нескольких месяцев после заживления шанкра [32, 39].

При редко встречающейся у детей **роже** лица (эритематозная форма) возможно развитие подчелюстного лимфаденита, который осложняется периаденитом и лимфангоитом. Пальпация лимфоузлов болезненна, консистенция их уплотнена, подвижность ограничена.

Шейные лимфадениты часто развиваются у детей при различных инфекционных заболеваниях вирусной и бактериальной этиологии.

Например, фарингиты вирусной этиологии часто являются одним из проявлений кори, аденовирусной инфекции, инфекционного мононуклеоза, реже ЦМВИ. Обычно они сопровождаются экссудативным или фолликулярным характером воспалительной реакции с развитием переднешейного и заднешейного лимфаденитов. При этом ЛАП может ограничиваться как одной областью, так и быть генерализованной, например, при инфекционном мононуклеозе [14, 102, 103, 120].

Инфекционный мононуклеоз в большинстве случаев начинается с одновременного увеличения лимфоузлов разных групп, однако наиболее характерно симметричное увеличение заднешейных узлов. Размеры их бывают разными — от горошины до величины голубиного яйца. При пальпации они плотновато-эластической консистенции, не спаянные между собой и с окружающими тканями, как правило, множественные, малоблезненные или безболезненные. Иногда увеличенные лимфоузлы образуют конгломераты, изменяющие конфигурацию шеи и визуально создающие впечатление отека. Обратное их развитие происходит медленно, и нормальных размеров они достигают лишь спустя нескольких недель.

Мононуклеозоподобная форма ЦМВИ также чаще протекает с полиаденией, но с преимущественным увеличением шейных и подчелюстных лимфоузлов. Пальпаторно они эластической консистенции, слегка болезненные, множественные, не спаянные друг с другом и с окружающими тканями. Размеры их колеблются от величины горошины до больших размеров, изменяющих конфигурацию шеи или видимых визуально на расстоянии. Нагноение лимфоузлов не происходит, а соответственно признаков воспаления кожи над ними нет.

ЛАП при **кори** проявляется, наряду с увеличением затылочных и подчелюстных лимфоузлов, также шейной аденопатией. На ощупь они округлой формы, небольших размеров (до 0,5–0,7 см) в диаметре, множественные, безболезненные, без признаков периаденита. Сохраняются в среднем 2–3 недели от начала заболевания [14, 102, 103].

Одной из наиболее частых форм **аденовирусной инфекции** является **фарингоконъюнктивальная лихорадка**, которая сопровождается шейной ЛАП с первых дней заболевания. Увеличение лимфоузлов, как правило, симметричное, размеры варьируют от едва заметного увеличения до величины боба, лесного ореха и даже голубиного

яйца. Нередко гиперплазия лимфоузлов не только определяется на глаз, но и изменяет конфигурацию шеи. При ощупывании они плотно-эластической консистенции, слегка болезненные, подвижные, цвет кожи над ними не изменен, местного повышения температуры не бывает. Возвращаются к нормальным размерам в течение 7–14 дней от начала болезни.

Эпидемический паротит иногда сопровождается локализованной шейной ЛАП, которая появляется на высоте интоксикационного синдрома. При этом размеры увеличенных шейных лимфоузлов не превышают 1–1,5 см в диаметре. При пальпации они правильной, округлой формы, гладкие, эластической консистенции, не спаяны между собой и с окружающими тканями. После завершения острого периода заболевания размеры лимфоузлов быстро нормализуются [102, 103].

Первоначальное увеличение заднешейных лимфоузлов, наряду с затылочными предшествующее развитию генерализованной лимфаденопатии, встречается при **ВИЧ/СПИДе**. До появления полиадении шейные лимфоузлы при пальпации тестоватой консистенции, безболезненные, размером от 1–3 см в диаметре, нередко располагаются цепочкой вдоль края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Однако в более поздние сроки течения острой стадии ВИЧ-инфекции характеристика шейных лимфоузлов меняется, о чем будет сказано далее [24].

Лимфаденопатия шейной области сопровождает и многие **бактериальные инфекции**. В дошкольном возрасте бактериальные инфекции верхних дыхательных путей (назофарингиты, ангины, фарингиты), вызываемые стрептококками и *Haemophilus influenzae*, являются частой причиной отека шейных лимфоузлов, причем они увеличиваются одновременно с развитием симптомокомплекса болезни. Чаще всего увеличиваются переднешейные лимфоузлы, достигая размеров 1–3 см в диаметре, их увеличение симметрично с обеих сторон. При пальпации лимфоузлы средней плотности, умеренно болезненные, не спаяны между собой и с окружающими тканями. Иногда они могут нагнаиваться, при этом появляется гиперемия кожи и повышается местная температура над ними, а также развиваются пастозность и инфильтрация окружающей узлы подкожной клетчатки шеи. Реже увеличиваются заднешейные лимфоузлы, их размеры достигают не более 0,5–1 см в диаметре, множественные, при пальпации безболезненные. Обратное развитие лимфоузлов происходит одновре-

менно с исчезновением признаков заболевания, реже затягивается [12, 14, 39, 40, 42, 50, 79, 85, 92, 108, 110, 112, 118, 119, 123, 127, 130].

Иерсиниоз в периоде разгара часто сопровождается регионарной лимфаденопатией, локализация которой зависит от клинической формы заболевания. Как правило, при иерсиниозе в процесс вовлекается не один лимфоузел, а группа близлежащих узлов. Если это группа шейных лимфоузлов, то они обычно не достигают больших размеров (не более 1–2 см в диаметре), множественные, не вызывают изменения конфигурации шеи, визуально не видны, а определяются только пальпаторно, безболезненные, эластической консистенции, подвижные. ЛАП при иерсиниозе сохраняется в течение 2–3 недель.

При **дифтерии миндалин** наряду с подчелюстным лимфаденитом часто увеличиваются и шейные лимфоузлы. Степень лимфаденопатии четко соответствует распространенности местного воспалительного процесса в ротоглотке. В начале заболевания гиперплазия шейных лимфоузлов незначительная, при пальпации они мягко-эластической консистенции, безболезненные. Более значительная ЛАП возникает с момента появления фибринозных налетов на миндалинах, нарастая при их распространении за пределы миндалин. Регионарный шейный лимфаденит сохраняется обычно на протяжении недели, к нагноению не склонен.

С шейной ЛАП протекает **боррелиоз**, когда одновременно с появлением первичного аффекта в месте укуса клеща (область лица, волосистой части головы, шеи) формируется односторонний шейный лимфаденит. При пальпации определяется один или несколько передне- или заднешейных лимфоузлов, плотно-эластической консистенции, не спаянных друг с другом и окружающей клетчаткой, размером 1–2 см в диаметре, округлой формы, часто выявляются визуально. Нагноение лимфоузлов для боррелиоза не характерно. Тяжесть заболевания определяется не степенью увеличения лимфоузлов, а выраженностью интоксикации и развитием осложнений.

С преимущественным увеличением шейных лимфоузлов протекает **кожно-слизистый лимфатический синдром (болезнь Кавасаки)**. При этом заболевании ЛАП возникает на высоте лихорадки, на фоне появления конъюнктивита и мелкоточечной экзантемы. При пальпации лимфоузлы множественные, эластической консистенции, подвижные, размером более 1,5 см в диаметре, без развития местной воспалительной реакции кожи над ними.

При лимфадените, вызванном **атипичными формами микобактерий**, наблюдается несимметричное увеличение шейных лимфоузлов, принадлежащих к одной группе, без заметных признаков поражения лимфоузлов в других зонах. Этот синдром часто наблюдается у детей в возрасте 2–8 лет, нередко как единственный признак заболевания, при отсутствии изменений органов грудной клетки на рентгенограмме и других нормальных показателях. При микобактериальной природе ЛАП лимфоузлы шеи множественные, увеличены в размерах до 1–1,5 см в диаметре, безболезненные при пальпации, но, как правило, спаяны между собой. Течение туберкулезного аденита обычно носит хронический характер.

Туберкулез периферических лимфатических узлов встречается у 10–15 % от всех заболевших. Чаще поражаются шейные, реже — подчелюстные или подмышечные лимфатические узлы. Вначале процесс протекает без видимых клинических проявлений. Однако по мере прогрессирования болезни лимфатические узлы спаиваются между собой и с окружающими тканями, а кожа над ними приобретает красно-синюшный оттенок. В дальнейшем при пальпации определяются отдельные крупные бугристые образования, состоящие из увеличенных лимфоузлов, объединенных в общий пакет. При нагноении лимфоузлов пальпация их становится болезненной, затем возникает флюктуация с прорывом гнойного содержимого и образованием свища. Это состояние длится от 3 до 5 месяцев, после чего происходит постепенное рассасывание воспалительной инфильтрации, пораженные лимфатические узлы уменьшаются в размерах, свищи закрываются и эпителизируются. Для торпидного и длительного течения процесса характерно образование бахромчатых или сосочковидных отростков кожи (симптом Поспелова). Изменения в шейных лимфоузлах сочетаются с подъемом температуры тела и выраженным интоксикационным синдромом, как правило, на фоне положительных туберкулиновых проб. В периферической крови отмечаются анемия, нейтрофильный сдвиг влево, при абсцедировании и образовании свищей — лейкоцитоз, значительное повышение СОЭ. Микобактерии туберкулеза в пунктатах лимфоузлов обнаруживаются редко.

Шейный лимфаденит встречается также при скарлатине, бруцеллезе, сифилисе, туляремии и других инфекциях, но уже как признак проявления групповой ЛАП, поэтому не имеет определяющего значения в диагностике.

6.1.2. Лимфаденопатия подмышечной области

Подмышечные лимфоузлы находятся в жировой клетчатке подмышечных ямок. Увеличение этих групп лимфоузлов может протекать как в виде локализованного регионарного лимфаденита, что обычно отмечается при инфекционных заболеваниях с локализацией в области рук и плечей (пиодермия, целлюлит, стрепто- и стафилодермии, абсцесс, флегмона, рожа, герпес простой и опоясывающий, ветряная оспа и др.), так и быть одним из проявлений генерализованной ЛАП (туляремия, чума, содоку, боррелиоз, споротрихоз и др.).

Инфекционный процесс кожи (абсцесс, флегмона), вызванный пиогенными возбудителями (стрептококками группы А, золотистым стафилококком) может приводить к развитию регионарного подмышечного лимфаденита. Пальпация лимфоузлов выявляет односторонний лимфаденит, единичный или множественный (с поражением двух-трех лимфоузлов), увеличением в размерах (1–3 см в диаметре), плотной консистенции, болезненный, подвижный. Подмышечный лимфаденит нередко сопровождается поверхностным или гнойным лимфангоитом, признаками которого являются гиперемия кожи над воспаленным лимфатическим сосудом, уплотнение тканей и болезненная пальпация по ходу сосуда. Регионарный лимфоузел иногда нагнаивается, о чем свидетельствует появление флюктуации. В некоторых случаях развивается периаденит, и тогда отдельные лимфоузлы спаиваются в единый конгломерат. При расплавлении лимфоузлов гной выходит за его пределы, вызывая гнойное расплавление окружающих тканей (флегмону), а в некоторых случаях даже развитие сепсиса.

Болезнь кошачьей царапины (фелиноз). Причиной ЛАП подмышечной области может быть царапина, полученная от зараженной кошки. Спустя 1–2 недели после оцарапывания или укуса кошки на месте уже зажившей ранки появляется болезненная папула с пузырьком наверху, а через 2–4 недели развивается регионарный лимфаденит. Лимфоузел постепенно увеличивается в размерах, достигает 3–5 см в диаметре. У одной трети больных происходит его нагноение. Через несколько недель после возникновения бубон размягчается с возможным образованием свища и выделением густого гноя. Обратное развитие происходит без образования рубца, начиная со 2–3-й недели заболевания, и обычно заканчивается к 4–6 неделям, за исключением случаев нагноения бубона, когда процесс затягивается дольше.

При **кожно-бубонной форме туляремии** часто развивается локализованный подмышечный лимфаденит в виде бубона. Туляремийный бубон имеет четкие границы, нередко достигает размеров 5–8 см в диаметре, развивается медленно, приобретая максимальную величину к концу первой недели от момента появления. Иногда бубон нагнаивается, обратное развитие также происходит медленно, растягиваясь на несколько недель.

При **бубонной форме чумы**, которая в настоящее время встречается в исключительных случаях, подмышечный лимфаденит развивается редко. В начале заболевания в месте будущего бубона появляется «болевая точка», затем через несколько дней пальпаторно и визуально в этом месте выявляется увеличенный лимфоузел или конгломерат из группы лимфоузлов, достигающий размеров 10 см и более в диаметре. Лимфоузлы спаяны между собой и с окружающими тканями, поэтому, в отличие от туляремийного бубона, контуры их нечеткие. Развивается бубон быстро с возможным последующим нагноением и образованием свища. Обратное развитие бубонов без нагноения наступает быстро.

При укусе крысы в верхние конечности у детей может развиваться заболевание **содоку**, одним из основных симптомов которого является регионарный подмышечный лимфаденит. Заболевание всегда начинается остро с повышения температуры тела до 39–40 °С. Сначала на месте укуса крысы появляется воспалительный инфильтрат, затем язва, от которой к месту регионарного лимфоузла заметно тянется лимфангит, а в области узла развивается бубон, размеры которого варьируют от 1 до 8 см в диаметре. При пальпации он округлой формы, не спаян с окружающими тканями, поэтому подвижен, болезненный.

Инфицирование **ВПП-1** с последующим развитием кожной формы заболевания также может сопровождаться локализованным регионарным подмышечным лимфаденитом, обусловленным лимфооттоком из пораженной области. При пальпации лимфоузлы тестоватой консистенции, подвижные, умеренно болезненные, размеры колеблются в пределах от 1 до 3 см в диаметре, подвергается обратному развитию параллельно исчезновению клинических кожных проявлений болезни.

При **опоясывающем герпесе**, часто локализующемся по ходу межреберных нервов, одновременно с появлением сгруппированных везикулезных высыпаний развивается регионарный подмышеч-

ный лимфаденит. Он односторонний, с поражением одного или нескольких узлов, припухание их умеренное (до 1 см в диаметре), они малоблезненные при пальпации, быстро подвергаются обратному развитию при выздоровлении.

Возможно развитие подмышечного лимфаденита и при кожной форме **сибирской язвы**. В начале заболевания в месте входных ворот (верхние конечности) формируется струп с последующим образованием характерной язвы, затем спустя несколько дней присоединяется регионарный лимфаденит, для которого характерны отсутствие значительной болезненности при пальпации и медленное обратное развитие (до 4 недель после отторжения струпа).

Регионарный поствакцинальный лимфаденит может наблюдаться при введении вакцины БЦЖ приблизительно в 0,02 % случаев. При этом регионарные лимфатические узлы (чаще в левой подмышечной области) начинают постепенно увеличиваться на протяжении 2–5 месяцев после прививки и достигают размеров 2–4 см в диаметре. Позже наступает их размягчение с образованием свища и выделением небольшого количества гноя. На этом фоне повышается температура тела и развивается интоксикационный синдром. Подтверждением поствакцинального характера лимфаденита является выделение специфической флоры из содержимого лимфоузла.

6.1.3. Лимфаденопатия паховой области

Увеличение паховых лимфоузлов указывает на инфекцию, вызванную тем или иным возбудителем, с локализацией ее на нижних конечностях (коже, мышцах или костях). Лимфаденит при этом нередко сопровождается лихорадкой, поверхностным покраснением кожи, набуханием и болезненностью паховых лимфоузлов с одной или обеих сторон. Частые ранения ног и стоп, инфицирование этих ранок у детей дошкольного и школьного возрастов также часто сопровождаются развитием пахового лимфаденита, однако при отсутствии других клинических признаков таких детей не считают больными. Паховый лимфаденит может также появиться при тяжелом течении пеленочного дерматита, воспалении суставов, половых органов, фурункулезе ягодичной области, вакцинации БЦЖ при введении в бедренную мышцу и других заболеваниях.

Из инфекционных заболеваний аденопатия паховой области у детей встречается при целом ряде вирусных и бактериальных заболеваний.

Из заболеваний вирусной природы паховый лимфаденит чаще других развивается при инфекционном мононуклеозе, ЦМВИ, простом герпесе 2-го типа, боррелиозе и других заболеваниях.

При инфекционном мононуклеозе паховый лимфаденит развивается одновременно с увеличением и других групп лимфоузлов, однако какой-либо определенной последовательности при этом не отмечается. Паховые лимфоузлы увеличиваются симметрично с обеих сторон, постепенно, начиная с первых дней болезни, но максимальных размеров достигают к концу первой недели болезни. Размеры их колеблются от 0,7 до 2–3 см в диаметре. Лимфоузлы множественные, располагаются в виде цепочки. При пальпации плотной консистенции, подвижные, малоболезненные. Кожа над ними не изменена, иногда определяется пастозность окружающей клетчатки. Обратная динамика лимфоузлов замедленна, постепенно уменьшаясь, они остаются увеличенными на протяжении 3–6 недель [14, 102, 103, 119].

Приобретенная форма ЦМВИ у детей нередко протекает с мононуклеозоподобным синдромом, сопровождающимся ЛАП, в том числе и паховой. Паховые лимфоузлы по сравнению с другими группами увеличиваются меньше, не превышая 1 см в диаметре, чаще единичные, реже множественные, при пальпации эластической консистенции, могут быть немного болезненными, без проявлений периаденита и местной воспалительной реакции. Обратное развитие идет параллельно исчезновению основных клинических проявлений заболевания.

Простой герпес, вызванный вирусом 2-го типа, иногда сопровождается регионарным лимфаденитом, который может быть как односторонним, так и двусторонним. Пальпаторно лимфоузлы умеренно увеличены в размерах, тестоватой консистенции, безболезненные или чувствительные, подвижные. Развитие периаденита и нагноение не характерно.

Из бактериальных инфекций паховый лимфаденит чаще встречается при боррелиозе, иерсиниозе, заболеваниях, передающихся половым путем, — сифилисе, гонорее.

Боррелиоз протекает с развитием пахового лимфаденита в том случае, если укус клеща отмечался в область бедра или нижнюю половину туловища. Формирование одностороннего регионарного лимфаденита происходит одновременно с появлением эритемы в месте укуса. При пальпации лимфоузлы плотно-эластической

консистенции, размером до 1–2 см в диаметре, подвижные, болезненные, нередко видны на глаз. Развитие периаденита и нагноение лимфоузлов не отмечается. Под влиянием проводимой антибактериальной терапии размеры лимфоузла нормализуются быстро, без нее — в течение нескольких недель.

Иерсиниоз очень редко протекает с паховым лимфаденитом, который обычно сочетается с шейным. Как правило, в процесс вовлекаются не один лимфоузел, а группа близлежащих узлов. Они небольших размеров (до 1–1,5 см в диаметре), при пальпации эластической консистенции, малоблезненные, подвижные, не спаяны друг с другом и с окружающими тканями, сохраняются на протяжении 2–3 недель от начала заболевания.

Паховый лимфогранулематоз сопровождается регионарным паховым лимфаденитом, который развивается к концу первой недели от начала заболевания в том случае, если первичный аффект развился в месте внедрения возбудителя, или спустя 1,5–2 месяца после заражения, если первичное заражение было выражено слабо. Обычно лимфаденит односторонний, но воспаляются одновременно несколько лимфоузлов. При пальпации они сначала плотно-эластической консистенции, подвижные, позже образуют болезненный конгломерат с бугристой поверхностью. Кожа над ними краснеет, истончается, затем прорывается с образованием свища или фистулы с выделением гноя. Течение длительное, нередко рецидивирующее с постепенным склерозированием лимфоузлов и окружающих тканей и последующим формированием рубцов и спаек.

Содоку. В первый же день после укуса крысы в нижние конечности возникают регионарный паховый лимфаденит с лимфангоитом. Увеличение лимфоузлов варьирует от 1 до 8 см в диаметре. При пальпации они округлой формы, не спаянные между собой и окружающими тканями, подвижные, болезненные, цвет кожи и температура над ними не изменены.

Рожа. Паховый лимфаденит является наиболее частым проявлением рожистого воспаления, так как излюбленной локализацией этого заболевания являются нижние конечности. При пальпации лимфоузлы эластической консистенции, но болезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, без гиперемии кожи и повышения местной температуры над ними. Иногда развивается периаденит, в этом случае обратное развитие лимфоузлов затягивается на несколько недель.

Сифилис. Увеличение паховых лимфоузлов при половой локализации твердого шанкра возникает к концу первой недели заболевания. Основным клиническим проявлением пахового венерического лимфаденита у больных сифилисом является полное отсутствие признаков острого воспаления. При пальпации паховых областей отмечается увеличение нескольких лимфоузлов от 1 до 2–2,5 см в диаметре, но один из них, как правило, больших размеров по отношению к другим. Они овальной или округлой формы, плотно-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, цвет кожи над ними не изменен, без явлений периаденита и лимфангита. Увеличение лимфоузлов обычно симметричное. Паховый лимфаденит разрешается медленно, несмотря на проводимую специфическую терапию, увеличенные ЛУ сохраняются в течение нескольких месяцев.

Гонорея. Паховый лимфаденит является типичным проявлением этого заболевания и выявляется с первых дней. ЛАП носит симметричный характер, при пальпации лимфоузлы плотные, болезненные, увеличенные до 1,5–2 см в диаметре. Кроме увеличенных ЛУ прощупываются плотные, болезненные тяжи лимфатических сосудов, т.е. одновременно развивается и лимфангоит.

6.1.4. Мезадениты

Воспаление мезентериальных лимфоузлов у детей встречается нечасто. Мезадениты наблюдаются в основном при таких инфекционных заболеваниях, как аденовирусная инфекция, энтеровирусная инфекция, иерсиниоз, псевдотуберкулез, брюшной тиф, токсоплазмоз, туберкулез [12, 14, 25, 32, 38, 39, 45, 51, 79, 140].

Основным проявлением мезаденита у детей является болевой синдром. Боли иногда могут быть настолько сильными, что имитируют картину острого живота. Для мезаденита характерна локализация болей в правой подвздошной области и возле пупка, которые носят постоянный характер, то уменьшаясь, то вновь усиливаясь, не связаны с приемом пищи.

Аденовирусная инфекция у детей изредка сопровождается мезаденитом. Диагностика этого синдрома возможна в том случае, если кроме основных проявлений аденовирусной инфекции имеются увеличенные подчелюстные и заднешейные лимфоузлы, а также симптомы острого мезаденита, характеризующегося самостоятельными болями в животе, усиливающимися при его пальпации. Про-

пальпировать увеличенные мезентериальные лимфоузлы практически невозможно.

Энтеровирусный мезаденит вызывается преимущественно вирусами ЕСНО. При этом развивается клиническая картина, очень напоминающая клинику острого аппендицита, что нередко приводит к неоправданному оперативному вмешательству. Диагностируется при сочетании с другими типичными формами энтеровирусной инфекции.

Иерсиниоз характеризуется полиморфизмом клинической картины с частым развитием при любой манифестной форме острого мезентериального лимфаденита, склонного к абсцедированию. Боль в животе носит постоянный или схваткообразный характер, без конкретной локализации, сопровождается рвотой, диареей, симптомами интоксикации. Мезаденит может сочетаться как с проявлениями гастроэнтероколита, так и с признаками острого аппендицита.

Псевдотуберкулез характеризуется довольно выраженным синдромом мезаденита, который, как правило, сочетается с проявлениями терминального илеита.

Симптомы мезаденита, особенно при абдоминальной форме заболевания, выражены довольно остро, нередко отмечается напряжение мышц брюшной стенки, появляются симптомы раздражения брюшины, напоминающие острый аппендицит. Клиническая симптоматика мезаденита обычно развивается на 6–10-й дни болезни или при его рецидиве.

Неспецифический лимфаденит. Причинами развития этого заболевания являются ОРЗ, очаги инфекции в носоглотке. Характерными клиническими проявлениями являются схваткообразная, непродолжительная боль в животе, без определенной локализации, сопровождающаяся повышением температуры тела, тошнотой и рвотой. При пальпации живота может быть умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. После прекращения болевого приступа сохраняется болезненность в области пупка и правой подвздошной области, что заставляет дифференцировать с острым аппендицитом.

Токсоплазмозный мезаденит встречается у подростков при первично-хронической форме болезни и в основном проявляется в первые месяцы заболевания, постепенно уменьшаясь или даже полностью исчезая в дальнейшем, несмотря на сохранение симптомов токсоплазмоза. Признаки мезаденита характеризуются несильными

приступообразными болями в животе, болезненностью при пальпации в соответствующих точках, не сопровождаются повышением температуры тела.

Мезаденит при брюшном тифе развивается очень редко, при поражении мезентериальных узлов брыжейки и возникновении в них очагов некроза. Клиническая картина мезаденита проявляется локальной болезненностью живота. В случае перехода воспаления с лимфоузлов на передний листок брюшины на фоне нарастающей интоксикации развиваются симптомы раздражения брюшины.

Возникновение мезаденита брыжеечных лимфоузлов может быть обусловлено и первичной формой **туберкулеза**. Пораженные лимфоузлы при этом как увеличиваются незначительно, так и могут достигать больших размеров, спаиваясь в крупные конгломераты.

Наиболее частым симптомом туберкулезного мезаденита являются абдоминальные боли, локализующиеся в околопупочной или правой подвздошной областях, носящие разнообразный характер, но всегда усиливающиеся при физическом напряжении. Болевой синдром нередко сопровождается диспептическими расстройствами: снижением аппетита, периодически возникающими тошнотой и рвотой, нерегулярным стулом. При глубокой пальпации в месте локализации боли иногда можно определить неподвижные или малоподвижные, увеличенные одиночные лимфоузлы или их конгломераты. При неблагоприятном течении туберкулезного мезаденита воспалительный процесс с лимфоузлов может распространяться на серозные оболочки и стенки кишечника. Благоприятное течение заболевания приводит к обызвествлению лимфоузлов. Обратное развитие процесса растягивается на месяцы и годы.

6.2. Генерализованная лимфаденопатия

Генерализованной называется ЛАП, при которой увеличивается два или более лимфоузла несмежных групп.

Наиболее частой причиной генерализованной аденопатии у детей являются острые инфекционные заболевания вирусной природы, реже этот синдром развивается при бактериальных инфекционных заболеваниях [9, 10, 13, 14, 24, 32, 40, 50, 75, 85, 88, 90, 94, 102, 103, 106, 110, 112, 113, 118, 130, 135, 141].