

# Состояние ЛОР-органов у детей с подчелюстными и шейными лимфаденитами

Л.Ф. Матюха<sup>1</sup>, О.С. Михнушева<sup>2</sup>, А.Е. Кононов<sup>1</sup>, С.В. Стрельцова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

<sup>2</sup>Киевская городская детская клиническая больница № 1

В практической деятельности педиатры и семейные врачи ежедневно встречаются с заболеваниями, сопровождающимися увеличением лимфатических узлов. Целью исследования было изучение состояния ЛОР-органов у детей, болеющих подчелюстными и шейными лимфаденитами. Подчелюстные и шейные лимфадениты протекают на фоне снижения реактивности организма. Несмотря на то что подчелюстные и шейные лимфатические узлы не являются регионарными для небных миндалин, воспалительные процессы в последних могут оказывать неблагоприятное воздействие на развитие шейных (25%) и подчелюстных лимфаденитов (43,75%). Санация хронических очагов инфекции должна являться приоритетом в работе первичного звена здравоохранения в профилактике развития подчелюстных и шейных лимфаденитов.

**Ключевые слова:** подчелюстной и шейный лимфаденит, хронический тонзиллит, аденоидит, семейный врач.

В процессе своей рабочей деятельности педиатры и семейные врачи ежедневно имеют дело с заболеваниями, сопровождающимися увеличением лимфатических узлов (ЛУ). В случае острого или хронического воспаления ЛУ используют термин «лимфаденит» (МКБ-10: острый лимфаденит – L 04; неспецифический лимфаденит – I 88). В случаях достоверно не установленной этиологии увеличения ЛУ на этапе предварительной диагностики или для выделения ведущего симптома заболевания употребляют термин «лимфаденопатия» (МКБ-10: увеличение лимфатических узлов неуточненное – R 59.9) [1–3].

Выделяют периферические ЛУ, расположенные в шейной области (подбородочные, подчелюстные, шейные, впереди и сзади по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы, надключичные, задние и передние ушные, затылочные). У детей первого года жизни увеличение ЛУ регистрируют редко. В возрасте от 3 до 10 лет частота лимфаденопатий (ЛАП) повышается, затем уменьшается [4–6].

Классифицируют ЛАП таким образом:

- бактериальные (стрептококковые, стафилококковые, туберкулезной этиологии, вызванные боррелиозом, болезнью кошачьей царапины, сифилисом, лептоспирозом, туляремией и др.);
- вирусные (герпетическая инфекция, цитомегалия, Эпштейна–Барр вирусная инфекция, краснуха, гепатит, корь, ВИЧ, РС-вирусная инфекция, аденовирусная, парвовирусная В19 и др.);
- грибковые (гистоплазмоз, кокцидиомикоз, бластомикоз и др.);
- паразитарные (токсоплазмоз, филяриоз, токсокароз, описторхоз, лямблиоз, эхинококкоз, трипаносомоз, микрофиляриоз и др.);
- ЛАП при системных заболеваниях (ревматоидный артрит, синдром Стилла, синдром Фелти, саркоидоз, системная красная волчанка, системная склеродермия и др.);
- ЛАП при опухолевых заболеваниях (острый лейкоз, неходжкинская лимфома, лимфогранулематоз, гистиоцитоз, метастазы солидных опухолей и др.);
- ЛАП при болезнях обмена веществ (болезнь Гоше, болезнь Ниманна–Пика, дефицит  $\alpha$ -липопротеинов и др.);

– ЛАП при эндокринопатиях (тиреотоксикоз, надпочечниковая недостаточность и др.);

– ЛАП при аллергических заболеваниях (атопический дерматит, сывороточная болезнь и др.);

– генетически обусловленные ЛАП (синдром Клиппеля–Треноне, синдромы Вевера – Смита и Мильроя, легочная мышечная гипертрофия и др.);

– медикаментозно индуцированные ЛАП (аллопуринол, атенолол, бактрим, дараприм, капотен, карбамазепин, пенициллины, цефалоспорины, сульфаниламиды, прокаинамид и др.) [7–9].

Увеличение шейных ЛУ отмечают в 28–55% ЛАП. Наиболее ярко это выражено у детей с лимфатико-гипопластической аномалией конституции, при которой наряду с их увеличением обнаруживается и гиперплазия отдельных лимфатических фолликулов с выраженной склонностью к воспалительным процессам в носоглотке и глотке [10–12].

**Цель исследования:** изучение состояния ЛОР-органов у детей с подчелюстными и шейными лимфаденитами.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 16 детей, находящихся на лечении в отделении гнойной хирургии городской детской клинической больницы № 1 г. Киева по поводу подчелюстного и шейного лимфаденита. Возрастной диапазон – от 2 до 17 лет. Методы обследования включали отоскопию, риноскопию, фарингоскопию и ларингоскопию.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение детей по полу показало одинаковое количество мальчиков и девочек среди обследованных (по 50,0% соответственно), что подтверждается данными отечественной литературы [6, 7].

Пациенты предъявляли следующие жалобы: боль в подчелюстной области и передней поверхности шеи, дискомфорт, першение и боль в горле, повышение температуры тела, заложенность носа, насморк, затрудненное дыхание носом.

У обследованных детей лимфадениты сопровождалась патологией лимфоаденоидного глоточного кольца (таблица).

Подчелюстные лимфадениты диагностировали у 8 (50%) больных, из них у 4 (25,0%) больных процесс был двухсторонним. Односторонние шейные лимфадениты диагностировали у 8 (50%) пациентов.

Хронический компенсированный тонзиллит диагностировали у 7 (43,7%) пациентов с подчелюстным лимфаденитом, из них у 3 (18,7%) – в стадии обострения, и у 4 (25%) пациентов с шейным лимфаденитом, из них у 2 (12,5%) – в стадии обострения.

Острый аденоидит отмечали у 1 (6,3%) ребенка с двусторонним подчелюстным лимфаденитом.

Вскрытие нагноившегося лимфатического узла производили 3 (18,7%) пациентам, из них у 1 (6,3%) ребенка диагностировали подчелюстной лимфаденит, а у 2 (12,5%) – шейный лимфаденит.

Острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ) диагностировали у 6 пациентов, как с подчелюстным так и с

**Заболеваемость ЛОР-органов у детей с подчелюстными и шейными лимфаденитами**

Показатель	Подчелюстной лимфаденит		Шейный лимфаденит	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Хронический компенсированный тонзиллит	7	43,7	4	25,0
Острый аденоидит	1	6,3	-	-
Отсутствие патологии ЛОР-органов	-	-	4	25,0

шейным лимфаденитом (у 5 (31,2% и 1 (6,3%) ребенка среди обследованных детей соответственно), что свидетельствует о снижении реактивности организма [10, 11].

У 3 (18,7%) пациентов с подчелюстным и 1 (6,3%) – с шейным лимфаденитом определяли хронический компенсированный тонзиллит в стадии обострения на фоне течения ОРВИ.

Пациентам проводили консервативное лечение, которое включало местную терапию (тантум верде, себидин, лизак, тонзилотрен), промывание лакун небных миндалин раствором антисептика и физиотерапевтические процедуры (фонофорез с тримистином на проекцию небных миндалин и лазеротерапию небных миндалин), что соответствует протоколу лечения хронического тонзиллита.

**Стан ЛОР-органів у дітей з підщелепними та шийними лімфаденітами**

**Л.Ф. Матюха, О.С. Міхнушева, О.Є. Кононов, С.В. Стрельцова**

У практичній діяльності педіатри та сімейні лікарі щодня зустрічаються із захворюваннями, що супроводжуються збільшенням лімфатичних вузлів. Метою дослідження було вивчення стану ЛОР-органів у дітей, які хворіють на підщелепні і шийні лімфаденіти. Підщелепні і шийні лімфаденіти перебігають на тлі зниження реактивності організму. Незважаючи на те що підщелепні і шийні лімфатичні вузли не є регіонарними для піднебінних мигдалин, запальні процеси в останніх можуть шкідливо діяти на розвиток шийних (25%) і підщелепних лімфаденітів (43,75%). Санация хронічних вогнищ інфекції повинна бути пріоритетом у роботі первинної ланки охорони здоров'я в профілактиці розвитку підщелепних і шийних лімфаденітів.

**Ключові слова:** підщелепний шийний лімфаденіт, хронічний тонзиліт, аденоїдит, сімейний лікар.

У 4 (25%) дітей с шейними лимфаденитами патологии ЛОР-органов не выявлено.

**ВЫВОДЫ**

1. Подчелюстные и шейные лимфадениты протекают на фоне снижения реактивности организма.

2. Подчелюстные и шейные лимфадениты у обследованных пациентов протекали на фоне патологии лимфаденоидного глоточного кольца (хронический тонзиллит, аденоидит).

В перспективе дальнейших исследований планируем изучить разные методы санации хронических очагов инфекции как приоритетного направления в работе первичного звена здравоохранения с целью профилактики развития подчелюстных и шейных лимфаденитов и предупреждения хронизации процесса.

**Otorhinolaryngology status of children with submandibular and cervical lymphadenitis**

**L.F. Matyukha, O.S. Mihnusheva, O.E. Kononov, S.V. Streltsova**

In practice pediatricians and family physicians meet daily with diseases accompanied by enlarged lymph nodes. The purpose of the work was to study the state of ENT organs from children suffering from submandibular and cervical lymphadenitis. Submandibular and cervical lymphadenitis occur due to lower reactivity. Despite the fact that the submandibular and cervical lymph nodes are not by regional to the tonsils, inflammatory processes in the past may have adverse effects on the development of cervical (25%) and submandibular lymphadenitis (43,75%). Remediation of chronic focus of infection should be a priority for primary health care in the prevention of the development of the submandibular and cervical lymphadenitis.

**Key words:** submandibular and cervical lymphadenitis, chronic tonsillitis, adenoids, a family physician.

**Сведения об авторах**

**Матюха Лариса Федоровна** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: mlarysa@gmail.com

**Михнушева Ольга Сергеевна** – Отделение гнойной хирургии Городской детской клинической больницы №1, 04209, г. Киев, ул. Богатырская, 30

**Кононов Александр Евгеньевич** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

**Стрельцова Светлана Владимировна** – Отделение гнойной хирургии Городской детской клинической больницы №1, 04209, г. Киев, ул. Богатырская, 30

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Богадельников И.В. Дифференциальный диагноз инфекционных болезней у детей: Руководство для врачей и студентов / И.В. Богадельников. – Симферополь, 2009. – 675 с.  
 2. Богадельников И.В. Лимфаденопатии при инфекционных заболеваниях у детей / И.В. Богадельников, Фазел Хамид, А.В. Кубышкин. – Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2013. – 224 с.  
 3. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на неуточнене збільшення лімфатичних вузлів: Наказ МОЗ України № 626 від 8.10.2007 // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2007. – № 6. – С. 68–69.  
 4. Пропедевтична педіатрія: Підручник для студ. вищ. мед. навч. закладів / В.Г. Майданник, В.Г. Бурлай, О.З. Гнайтеко та ін. / За ред. проф. В.Г. Майданника. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 880 с.  
 5. Юлиш Е.И. Врожденные и приобретенные TORCH-инфекции у детей / Е.И. Юлиш, А.П. Волосовец. – Донецк: Регина, 2005. – 216 с.  
 6. Бордий Т. Лимфаденопатии у детей / Т. Бордий // 3 турботою про дитину. – 2011. – № 7 (3). – С. 3–6.

7. Гончаров Я.П. Дифференциальный диагноз при генерализованной лимфаденопатии / Я.П. Гончаров, Л.Л. Сидорова // Терапія. – 2011. – № 9. – С. 66–70.  
 8. Дворецкий Л.И. Дифференциальный диагноз при лимфаденопатиях. Алгоритм диагностического поиска / Л.И. Дворецкий // Справочник поликлинического врача. – 2005. – № 2. – С. 3–9.  
 9. Зайков С.В. Дифференциальная диагностика синдрома лимфаденопатии / Зайков С.В. // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2012. – № 4. – С. 16–24.  
 10. Савенкова М.С. Лимфаденопатия и лимфаденит у детей / М.С. Савенкова, А.А. Афанасьева, А.К. Абдулаев, Л.Ю. Неижко // Consilium medicum. Педіатрія. – 2009. – № 2. – С. 45–48.  
 11. Синдром лимфаденопатии у детей: Учебно-методическое пособие / Т.И. Козарезова, В.А. Кувшинников, И.В. Василевский, Н.Н. Климович. – Минск: БелМАПО, 2006. – 102 с.  
 12. Терещенко С.Ю. Периферическая лимфаденопатия у детей: дифференциальная диагностика. Часть 1. Общие сведения. Локальная лимфаденопатия / С.Ю. Терещенко // Consilium medicum. Педіатрія. – 2011. – № 3. – С. 91–98.

Статья поступила в редакцию 31.10.2014