

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ПОДЧЕЛЮСТНАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ И АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20055454>

Тожибоев Дильёр Исроилович

*Ассистент кафедры Фтизиатрии, Пульмонологии и Метаболических
 заболеваний, Central Asian Medical University*

Аннотация

Представлен клинический случай 25-летней пациентки с длительно существующей (≈3 года) локальной лимфаденопатией левой подчелюстной области, сопровождающейся припухлостью, болевым синдромом и кашлем. Пациентка госпитализирована в фтизиопульмонологическое отделение для исключения туберкулёзного процесса. Комплексное обследование (TST 12 мм, отрицательные IGRA, отрицательные NAAT мокроты, отсутствие микобактерий) не подтвердило активный туберкулёз. По данным УЗИ отмечена динамика увеличения лимфоузла до 18 мм. Несмотря на проведённую антибактериальную терапию (linezolid), регресс образования отсутствовал.

Случай демонстрирует необходимость следования международным рекомендациям по ведению «neck mass in adults», где при персистенции лимфаденопатии более 2 недель и размере >1,5 см показана морфологическая верификация (FNA/биопсия), а не эмпирическая антибиотикотерапия.

Ключевые слова

шейная лимфаденопатия, подчелюстной лимфоузел, туберкулёз, FNA, дифференциальная диагностика.

Annotatsiya

25 yoshli ayol bemorda 3 yil davomida saqlanib kelayotgan chap submandibulyar (pastki jag') sohadagi lokal limfadenopatiya klinik holati taqdim etildi. Kasallik shish, og'riq sindromi va yo'tal bilan namoyon bo'lgan. Bemor tuberkulyoz jarayonini istisno qilish maqsadida ftiziopulmonologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilingan. Kompleks tekshiruvlar (TST – 12 mm, IGRA manfiy, mokrota NAAT manfiy, mikobakteriyalar aniqlanmadi) faol tuberkulyozni tasdiqlamadi. UZI natijalariga ko'ra limfa tuguni o'lchami 18 mm gacha o'sgani

qayd etildi. Olib borilgan antibakterial terapiyaga (linezolid) qaramasdan, klinik regress kuzatilmadi.

Ushbu holat kattalarda «neck mass» sindromini yuritish bo'yicha xalqaro tavsiyalarga amal qilish zarurligini ko'rsatadi. Limfadenopatiya 2 haftadan ortiq saqlansa va o'lchami 1,5 sm dan katta bo'lsa, empirik antibiotik terapiya emas, balki morfologik verifikatsiya (FNA/biopsiya) birinchi navbatda o'tkazilishi lozim.

Kalit so'zlar

bo'yin limfadenopatiyasi, submandibulyar limfa tuguni, tuberkulyoz, FNA, differensial diagnostika.

Abstract (English)

A clinical case of a 25-year-old female patient with long-standing (approximately 3 ears) localized left submandibular lymphadenopathy is presented. The condition was accompanied by swelling, pain, and cough. The patient was admitted to a phthisiopulmonology department to exclude tuberculosis. Comprehensive evaluation (TST 12 mm, negative IGRA, negative sputum NAAT, absence of mycobacteria) did not confirm active tuberculosis. Ultrasound examination demonstrated progressive enlargement of the lymph node up to 18 mm. Despite antibacterial therapy with linezolid, no regression of the lesion was observed.

This case highlights the importance of adherence to international guidelines for the evaluation of "neck mass in adults," which recommend morphological verification (FNA/biopsy) rather than empirical antibiotic therapy in cases of lymphadenopathy persisting longer than two weeks and measuring more than 1.5 cm.

Keywords

cervical lymphadenopathy, submandibular lymph node, tuberculosis, FNA, differential diagnosis.

Введение

Локальная лимфаденопатия у взрослых представляет собой клинический синдром с широким спектром дифференциальных диагнозов — от реактивных инфекционных процессов до злокачественных новообразований.

Персистенция лимфоузла более 2 недель без тенденции к регрессу и размер >1,5 см рассматриваются как признаки повышенного онкологического риска.

В фтизиатрической практике подчелюстная лимфаденопатия требует исключения туберкулёзного лимфаденита, однако отрицательные IGRA и НААТ-тесты снижают вероятность активного процесса.

Материалы и методы

Источником данных послужили выписной эпикриз пациентки и результаты проведённых лабораторных и инструментальных исследований. Работа выполнена в формате описательного клинического наблюдения с ретроспективным анализом медицинской документации.

Проведена систематическая оценка анамнестических данных, результатов физикального обследования, лабораторных показателей (общий анализ крови, биохимический профиль, показатели воспалительной активности), а также данных специфической туберкулёз-ориентированной диагностики (туберкулиновая проба, IGRA-тесты, молекулярно-генетические исследования мокроты).

Инструментальные методы включали ультразвуковое исследование подчелюстной области с динамической оценкой размеров лимфатического узла и электрокардиографию.

Полученные показатели интерпретированы с сопоставлением со стандартными референсными значениями клинических лабораторий. Диагностическая оценка проводилась в соответствии с современными алгоритмами ведения взрослых пациентов с персистирующей шейной лимфаденопатией.

Анамнез

Пациентка, **25 лет** (2000 г.р.), госпитализирована в диагностическое отделение фтизиопульмонологического профиля в период **09.02.2026–21.02.2026** с жалобами на кашель, слабость, «обильное слюноотделение», боли и припухлость в **левой лицевой/подчелюстной области**.

Со слов пациентки, считает себя больной около **3 лет**; ранее неоднократно обращалась к стоматологу и неврологу, выраженной динамики не отмечала. Направлена на консультацию фтизиатра для исключения туберкулёзного процесса.

Эпиданамнез: тубконтакт у близких отрицает; в выписке отмечены сведения о заболевании «3 года назад» у другого лица (формулировка требует уточнения). За последние 6 месяцев за рубеж не выезжала; переливания крови указаны (фраза присутствует в тексте, детали не раскрыты).

Объективный статус при поступлении

Общее состояние относительно удовлетворительное, температура 36,7°C; кожа чистая. Отмечена **припухлость левой лицевой области**. Со стороны

дыхательной системы – жалобы на кашель; аускультативно «ослабленное везикулярное дыхание». Со стороны ССС – ЧСС около 88/мин, АД 100/70 мм рт. ст., систолический шум. Неврологически – специфическая патология не описана, но отмечается «ощущение дрожания левой руки». На левом плече описан рубец после БЦЖ.

Результаты обследований с нормами и интерпретацией

Ниже приведены результаты, указанные в выписке, с типичными референсными пределами (референсы зависят от лаборатории). Для Hb, общего белка и СОЭ использованы справочные диапазоны клинических лабораторий; для билирубина – стандартные клинические диапазоны.

Показатель	Результат	Типичная норма	Интерпретация
Hb	121 г/л	121-151 г/л (жен.)	Нижняя граница нормы/погранично
Лейкоциты	5,2×10 ⁹ /л	~4,0-10,0×10 ⁹ /л	Норма
СОЭ	3 мм/ч	до 20 мм/ч (жен.)	Норма, нет признаков активного системного воспаления по СОЭ
ОАМ (лейкоциты)	2-3 в п/з	обычно 0-5 в п/з	Без значимой лейкоцитурии
Общий белок	57,66 г/л	64-83 г/л	Снижен (возможны нутритивные/печёночные/воспалит. причины; нужна верификация)
Общий билирубин	26,42 мкмоль/л	~5-17 мкмоль/л	Умеренно повышен; требуется уточнение фракций/ферментов холестаза
АЛТ/АСТ	29,17/20,41	зависят от лаб., обычно в пределах референса	Без явной цитолитической реакции по представленным значениям
Глюкоза	4,8 ммоль/л	~3,9-5,5 ммоль/л натощак	Норма
ЭКГ	синусовый ритм 75/мин, QTcF 363 мс	QTcF обычно <450 мс у женщин	Без удлинения QTc по указанному значению

Туберкулёз-ориентированная диагностика (по выписке):-

Туберкулиновая проба (07.02.2026): **12 мм (положительная)**. При этом интерпретация TST зависит от риска и не коррелирует напрямую с текущей активной болезнью; BCG-вакцинация может влиять на реактивность, особенно в ранние сроки после вакцинации/бустинга. - Диаскинтест (14.02.2026): **отрицательный**; QuantiFERON (05.02.2026): **Negative**. Отрицательные IGRA-тесты снижают вероятность ТБ-инфекции, но при некоторых формах

внелёгочного ТВ отрицательный результат не исключает заболевание полностью; клиническая оценка и тканевая диагностика важны при сохраняющемся подозрении. - Мокрота (микроскопия/NAAT): ТМБ отрицательно; GeneXpert, BD MAX отрицательно. Это снижает вероятность лёгочного ТВ, но при преимущественно лимфоузловом процессе информативнее исследование материала из лимфоузла (аспирата/биопсии) с NAAT.

Визуализация и динамика подчелюстного лимфоузла: УЗИ подчелюстной области (04.02.2026, 13.02.2026, 20.02.2026): подчелюстная лимфаденопатия/хронический аденит; размер указан как 11 мм и затем 18 мм (рост). Также упоминается МСКТ от 02.10.2025 с лимфаденопатией.

Серология (по выписке): Отмечены высокие IgG к CMV и HSV-1 при отсутствии убедительных данных за острый процесс по IgM (значения даны на фоне референсов, интерпретация ограничена без лабораторного комментария). В целом такая картина может соответствовать перенесённой инфекции/серопозитивности.

Микробиология ротоглотки (отдельный документ): Бактериологическое исследование из зева (17.02.2026): выделен *S. aureus* 10⁵ КОЕ, с чувствительностью к ряду антибиотиков (например, ципрофлоксацин, цефепим и др.) и умеренной чувствительностью к части препаратов.

Важно, что колонизация *S. aureus* часто бывает асимптоматической и широко распространена в популяции; наличие *S. aureus* в ротоглотке само по себе не доказывает причинно-следственную связь с подчелюстной лимфаденопатией без клиники бактериальной инфекции.

Диагностическое заключение на момент выписки

Основной диагноз по выписке: **локальная лимфаденопатия левой лицевой области неясной этиологии**, «туберкулёзный процесс не выявлен». Сопутствующий – невралгия/неврит неуточнённые.

С позиций современных рекомендаций “neck mass in adults”, у пациентки присутствуют как минимум два признака повышенного риска: - **очень длительная персистенция** (годы), что значительно превышает порог ≥ 2 недель без регресса; - размер лимфоузла по УЗИ до **18 мм** (>1,5 см), что попадает в критерий повышенного риска, указанный в руководстве.

Следовательно, при отсутствии уже выполненной морфологической верификации логичным следующим шагом по руководствам является **контраст-КТ/МРТ шеи и FNA** (или направление к специалисту, выполняющему FNA), а при неясном результате – углубление биопсийной

тактики.

Лечение в стационаре и течение

По выписке проведена терапия, включавшая: **linezolid 600 mg** (11 дней), симптоматические/вспомогательные средства (инфузия 0,9% NaCl + цинк, Serrata, экстракт алоэ, витамин B1). На момент выписки общее состояние «относительно», при этом **припухлость левой лицевой области сохранялась**. Даны рекомендацiи консультацiй невролога и инфекциониста.

С точки зрения рациональной антибиотикотерапии важно учитывать, что linezolid – препарат для **грам-положительных инфекций** и требует мониторинга безопасности (например, еженедельного контроля ОАК при терапии), а его применение обычно должно быть обосновано клиникой/вероятностью резистентного возбудителя и тяжестью инфекции.

Обсуждение и выводы по случаю

1) Клиническая проблема соответствует **локальной шейной лимфаденопатии/neck mass** с длительным течением и ростом лимфоузла на УЗИ, при этом туберкулёз по представленным тестам не подтверждён. 2) По международным рекомендацiям для взрослых «neck mass» такие случаи требуют первоочередного исключения злокачественности (КТ/МРТ с контрастом + FNA), а не эмпирической антибиотикотерапии при отсутствии признаков бактериального воспаления. 3) Обнаружение **S. aureus в зеве** может быть фоновым (колонизацiя) и не объясняет автоматически регионарную лимфаденопатию; необходим поиск локального очага (ЛОР/стоматология/кожа) и морфологическое подтверждение причины лимфоузла при персистенции. 4) Учитывая длительность, размер >1,5 см и отсутствие установленной причины, логичный «следующий» диагностический этап – **морфологическая верификацiя** (FNA → при необходимости CNB/эксцизионная биопсия) с параллельным уточнением инфекционных и опухолевых дифференциалов.

Алгоритма диагностики и лечения

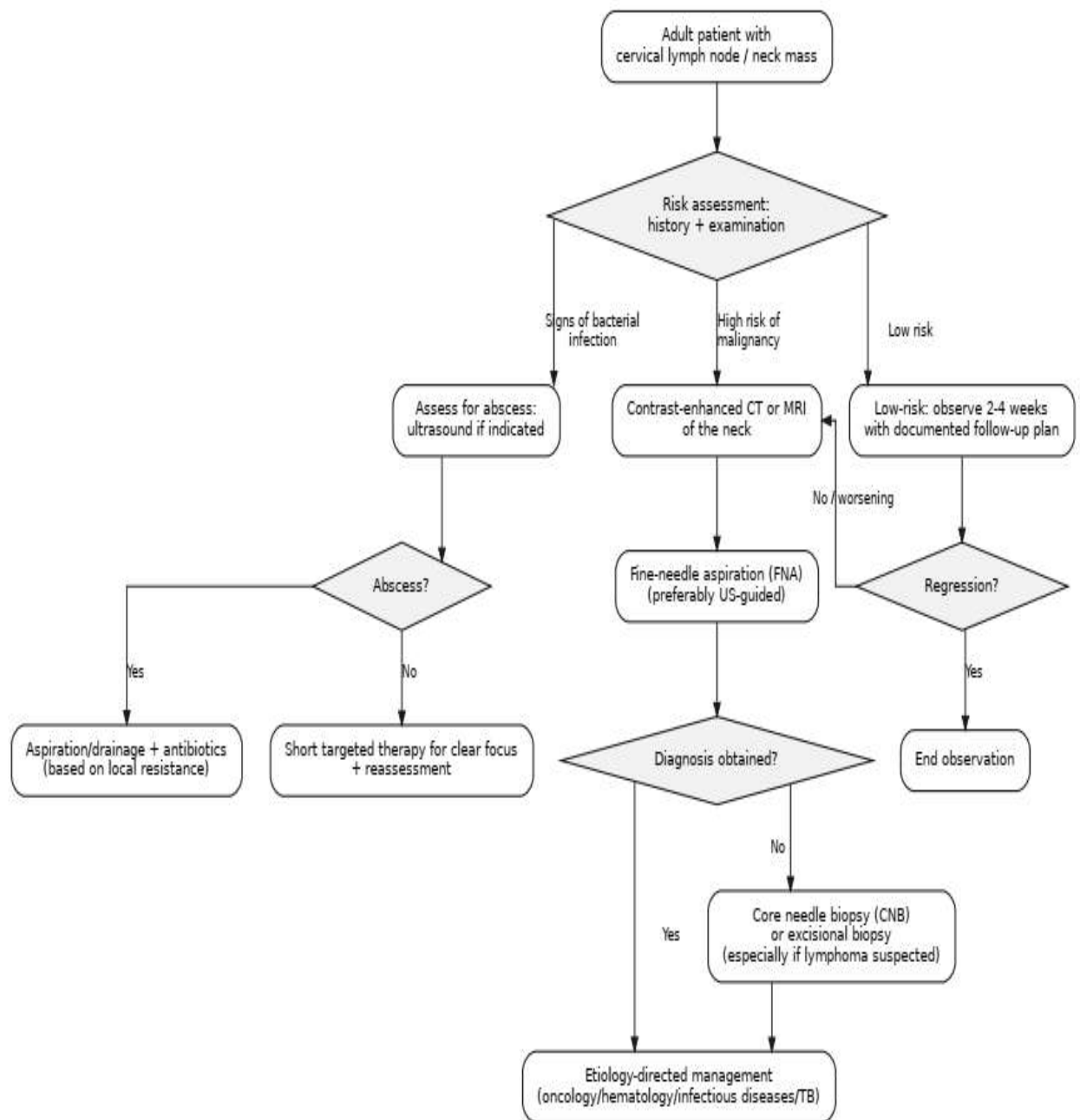


Рисунок X. Алгоритм диагностики и ведения взрослых пациентов с персистирующей шейной лимфаденопатией (neck mass). Алгоритм отражает принцип: при признаках бактериального воспаления – оценка на абсцесс и целевое лечение; при признаках высокого риска злокачественности – приоритет визуализации с контрастированием и морфологической верификации (FNA/ТАБ → при необходимости CNB/эксцизионная биопсия), без рутинной эмпирической антибиотикотерапии при отсутствии признаков инфекции.

Сокращения:

УЗИ – ультразвуковое исследование; КТ – компьютерная томография; МРТ

– магнитно-резонансная томография; **FNA/ТАБ** – тонкоигольная аспирационная биопсия; **CNB** – core-needle biopsy (толстоигольная биопсия).

Предположения и ограничения

Явно принятые предположения (из-за неуказанных данных)

1) Пациентка рассматривается как **в целом иммунокомпетентная**, без подтверждённого ВИЧ-статуса и без данных о иммуносупрессии (в документах этого нет). 2) Нет данных о курении/алкоголе/профессиональных вредностях; поэтому оценка факторов риска опухолей головы/шеи ограничена. 3) Нет протокола осмотра ЛОР-органов с эндоскопией/осмотром слизистых (в руководствах это важно у high-risk patients), поэтому предполагается, что этот этап либо не выполнялся, либо не отражён. 4) Нет результатов CRP, LDH, периферической формулы крови полностью, ВИЧ-теста, EBV-серологии, Bartonella-серологии/ПЦР – эти пункты остаются в зоне «что бы добавили по алгоритму», а не «что было сделано». 5) Указания о менструальном анамнезе в выписке противоречивы (упомянуто отсутствие менструаций при наличии ребёнка), поэтому гинекологические выводы не делаются.

Ограничения обзора

- Рассматриваемая «патология» выбрана как **синдром/клиническая проблема** (локальная лимфаденопатия), а не как единая нозология; поэтому раздел «лечение» описывает **менеджмент и ветвление по причинам**, что соответствует современным руководствам по “neck mass in adults”.

- Часть русскоязычных методических материалов по лимфаденопатии доступна в виде публикаций/компиляций; приоритет в решающих клинических утверждениях оставлен за международными клиническими рекомендациями и рецензируемой литературой.

СПИСОК КЛЮЧЕВЫХ ИСТОЧНИКОВ:

Ниже приведены рекомендованные ключевые источники (≥10) с полными ссылками; включены англо- и русскоязычные материалы, приоритет – руководства и рецензируемые статьи.

1) Pynnonen MA, Gillespie MB, Roman B, et al. **Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults**. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2017;157(2_suppl):S1–S30.

2) Gaddey HL, Riegel AM. **Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis**. *American Family Physician*. 2016;94(11):896–903.

3) Hanzalova I, et al. **Peripheral lymphadenopathy of unknown origin in**

adults: a diagnostic approach emphasizing the malignancy hypothesis. *Swiss Medical Weekly*. 2024.

4) Aulino JM, Kirsch CFE, Burns J, et al. **ACR Appropriateness Criteria® Neck Mass/Adenopathy.** *Journal of the American College of Radiology*. 2019.

5) Tan E, Riffat F, Palme CE, et al. **An approach to neck masses in adults.** *Australian Journal of General Practice (RACGP)*. 2020.

6) Fu Y, et al. **Accuracy of ultrasound-guided fine-needle aspiration for small cervical lymph nodes.** 2024.

7) Teng D, et al. **Comparison of Ultrasound-Guided Core Needle Biopsy vs Fine-Needle Aspiration...** 2022.

8) Paquin AR, et al. **The diagnosis and management of suspected lymphoma in general practice.** 2022.

9) NICE NG12: **Suspected cancer: recognition and referral.** 2015 (актуализируемый ресурс).

10) CDC: **Clinical Testing Guidance for Tuberculosis: Tuberculin Skin Test.** 2025. 11) WHO TB Knowledge Sharing Platform: **Extrapulmonary TB (Diagnostic approaches/definitions).**

12) Piewngam P, et al. **Staphylococcus aureus colonisation and strategies for decolonisation.** *The Lancet Microbe*. 2024.

13) Hanson BM, et al. **Staphylococcus aureus in the nose and throat... (colonisation, asymptomatic carriage).** 2018.

14) Azzouz A, et al. **Linezolid.** *StatPearls [Internet]*. 2024.

15) (Рус.) **Туберкулез у взрослых. Клинические рекомендации (Минздрав РФ).** 2022.

16) (Рус.) **Лимфаденопатии у взрослых (клинические рекомендации/обзор терминологии и классификации).**