

ЛОКАЛЬНАЯ ШЕЙНАЯ ЛИМФАДЕНОПАТИЯ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ВЗРОСЛЫХ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР И КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20055490>

Садикходжаев Сардор Шухратжон угли

Алиев Эльёр Нармионович

Central Asian Medical University

*ассистенты кафедры Фтизиатрии, Пульмонологии и Метаболических
заболеваний*

Литературный обзор

Введение.

Лимфаденопатия — это увеличение лимфоузлов любой природы; термин носит обобщающий характер и часто используется именно в контексте дифференциальной диагностики или ситуации, когда причина ещё не установлена.

Для взрослого пациента с упорным образованием на шее выделяется отдельная клиническая проблема “neck mass”: доказательные рекомендации подчёркивают необходимость **быстрого и рационального** обследования, поскольку диагностическая задержка при злокачественных причинах ухудшает прогноз.

Эпидемиология.

В первичном звене «необъяснимая лимфаденопатия» встречается относительно редко (в классических оценках годовая частота около 0,6%), а доля злокачественных причин среди таких случаев порядка 1,1%, но риск существенно возрастает с возрастом (например, 4% у ≥ 40 лет против 0,4% у < 40 лет в приведённом обзоре). При этом для взрослых с шейным “mass” руководства по оториноларингологии делают более жёсткий акцент на онконастороженности: **у взрослого шейное образование следует считать потенциально злокачественным, пока не доказано обратное.**

Патогенез и основные механизмы увеличения лимфоузлов. Увеличение лимфоузла может быть обусловлено: (a) реактивной гиперплазией (иммунный ответ на локальную/системную инфекцию или воспаление); (b) прямым инфекционным лимфаденитом (бактериальным/микобактериальным); (c) опухолевой инфильтрацией (лимфомы) или метастатическим поражением. В клинике важна не только «этиология», но и **морфология узла** и его динамика: длительность, рост,

консистенция, фиксация, наличие некроза/флюктуации и системные симптомы.

Клиническая картина и “красные флаги”. Симптомы зависят от причины: инфекционные причины чаще дают болезненность, признаки воспаления (локальная гиперемия/повышение температуры кожи, боль, флюктуация при абсцедировании), а опухолевые – безболезненное плотное образование, возможные В-симптомы (лихорадка, ночные поты, потеря веса) при лимфомах. Ключевые критерии «повышенного риска злокачественности» в рекомендациях по “neck mass in adults” включают: отсутствие явной инфекционной причины и наличие образования ≥ 2 недель без значимых колебаний или неизвестную длительность; а также физикальные признаки (фиксация, плотность, размер $>1,5$ см, изъязвление кожи). Для триажа и маршрутизации в ряде систем здравоохранения используются критерии срочного направления при **персистирующем необъяснимом “lump in the neck”** и/или необъяснимой лимфаденопатии (включая подозрение на лимфомы).

Диагностика и дифференциальная диагностика. Стартовый шаг – классифицировать лимфаденопатию как локальную или генерализованную и оценить региональный «дренаж» (полость рта/ЛОР-органы, зубы, кожа головы/шеи, слюнные железы); это часто направляет к вероятной причине. Рекомендации подчёркивают рациональную последовательность: - тщательный анамнез (длительность, динамика, инфекции, стоматологические проблемы, контакты с кошками, путешествия, факторы риска ВИЧ/ИППП, тубконтакт, лекарства) и физикальный осмотр, включая оценку слизистых верхних отделов аэродигестивного тракта у пациентов с риском злокачественности; - при признаках повышенного риска – **КТ (или МРТ) шеи с контрастированием**; - **ТАБ/FNA** как первичный метод получения материала при подозрении на опухоль (предпочтительнее «открытой» биопсии на первом шаге); при недиагностичности – расширение морфологической верификации, включая core-биопсию или эксцизионную биопсию (особенно если подозревается лимфома).

При интерпретации визуализации: - УЗИ полезно для поверхностных узлов и навигации для пункции; признаки повышенной подозрительности включают округлость, отсутствие жирового хилуса, кальцификаты/кистозные изменения и патологический кровоток. - **КТ/МРТ с контрастом** при «neck mass» у взрослых помогают оценить распространённость, вовлечение соседних структур и поиск первичного очага при подозрении на опухоль; в профильных рекомендациях **КТ/МРТ с контрастом** обозначены как сильная

рекомендация для пациентов с повышенным риском.

Дифференциальная диагностика в контексте подчелюстной/шейной локализации обычно включает: - **реактивные** причины (инфекции ротоглотки, хронические одонтогенные очаги); - специфические инфекции (туберкулёз, нетуберкулёзные микобактерии, Bartonella); - **лимфомы** и другие гематологические опухоли; - метастазы опухолей головы/шеи и щитовидной железы, включая ситуации «неизвестной первичной опухоли»; - заболевания слюнных желез (сиаладенит/слюннокаменная болезнь) и опухоли подчелюстной/околоушной желез; - аутоиммунные/гранулематозные причины (саркоидоз и др.) – по клинике и распространённости.

Лечение и менеджмент. Поскольку «лимфаденопатия неясной этиологии» – это синдром, лечение определяется первопричиной; критичен правильный выбор между наблюдением и быстрым проведением диагностики. Ключевая позиция в adult “neck mass” guideline: **не назначать антибиотики рутинно**, если нет клинических признаков бактериальной инфекции, чтобы не отсрочить диагностику потенциальной опухоли. Если клиника соответствует бактериальному лимфадениту/абсцедированию (болезненность, флюктуация, системные симптомы), подход включает **антибактериальную терапию по вероятным патогенам и, при абсцессе, дренирование/аспирацию**; при тяжёлом/неясном течении подчёркивается важность выделения возбудителя и исключения туберкулёза в эндемичных регионах. При подозрении на лимфому или сохраняющейся неопределённости после FNA/визуализации морфологическая тактика усиливается: эксцизионная биопсия остаётся наиболее информативной для классификации лимфом.

Прогноз. У значительной части пациентов лимфаденопатия носит доброкачественный и самоограничивающийся характер, однако **персистирующие шейные образования у взрослых** требуют строгого алгоритма исключения злокачественности. С позиции качества помощи важнейшая цель – снизить диагностические задержки при опухолях головы и шеи и лимфомах, поскольку задержка влияет на стадию и исходы.

Рекомендации для клинической практики (в обобщённом виде). Для взрослого пациента с локальной лимфаденопатией/neck mass целесообразно: - оценить критерии риска (длительность ≥ 2 недель, размер $> 1,5$ см, плотность/фиксация, системные симптомы) и немедленно маршрутизировать «высокий риск»; - при высоком риске: контраст-КТ/МРТ шеи + FNA; при недиагностичности – расширенная морфологическая

диагностика; - избегать эмпирических «маскирующих» вмешательств (например, стероидов до морфологической верификации) и не назначать антибиотики без признаков бактериальной инфекции.

Сравнение диагностических тестов при локальной шейной лимфаденопатии у взрослых

Метод	Основная задача	Когда предпочтительнее	Сильные стороны	Ограничения/риски
Клиническая оценка (анамнез+осмотр)	Триаж: инфекция vs высокий онкориск; выбор направления обследования	Всегда, первый этап	Часто задаёт вероятную этиологию; выявляет “красные флаги”	Не заменяет морфологию при длительной/подозрительной лимфаденопатии
УЗИ лимфоузлов	Морфология узла, навигация для пункции	Поверхностные узлы, динамическое наблюдение, прицел для FNA/CNB	Доступность, отсутствие лучевой нагрузки; характерные признаки подозрительности (нет хилуса, округлость и др.)	
КТ шеи с контрастом	Оценка распространённости, соседних структур; поиск первичного очага/особенностей массы	Взрослый с повышенным риском злокачественности	В руководстве по “neck mass” – сильная рекомендация у high-risk пациентов	Лучевая нагрузка и контраст-риски; не заменяет биопсию
МРТ шеи с контрастом	Альтернатива КТ (например, при противопоказаниях к йодконтрасту)	High-risk пациенты, когда МРТ предпочтительнее по тканевой контрастности или КТ противопоказана	Хорошая тканевая детализация	Доступность/стоимость; также не заменяет биопсию
FNA (ТАБ)	Первичная морфологическая верификация (особенно	“Neck mass” у взрослого, high-risk, неопределён	Минимальная инвазивность; высокая диагностическая	Может быть недиагностична, особенно при лимфомах; зависит

Метод	Основная задача	Когда предпочтительнее	Сильные стороны	Ограничения/риски
	метастазы/карцинома)	точность диагноза	точность во многих сценариях	от оператора/цитолога
CNB (core-биопсия)	Получение «столбика» ткани (архитектоника лучше, чем FNA)	Если FNA недиагностична или требуется больше ткани	В ряде исследований – выше чувствительность/точность в отдельных задачах	Инвазивнее FNA; не всегда достаточно для полной классификации лимфомы
Эксцизионная биопсия лимфоузла	“Золотой стандарт” при подозрении на лимфому	Подозрение на лимфому; недиагностичность менее инвазивных методик	Полная архитектура узла, возможности ИГХ и молекулярных тестов	Оперативное вмешательство, требует планирования; не должна быть первым шагом при “neck mass” без оценки верхних отделов аэродигестивного тракта
Молекулярные тесты на ТВ из ткани/аспирата (Xpert/Xpert Ultra)	Быстрое подтверждение туберкулёзного лимфаденита и устойчивости к рифампицину	Если ТВ в дифференциале и есть материал из лимфоузла	Высокая специфичность и клиническая применимость при лимфоузловом ТВ	Зависит от качества материала; отрицательный тест не всегда исключает ТВ

Алгоритм отражает этапный подход к оценке и ведению шейного образования у взрослых пациентов. На первом этапе проводится стратификация риска на основании анамнеза и физикального осмотра. При наличии признаков бактериальной инфекции выполняется ультразвуковая оценка с исключением абсцесса; при подтверждении показаны дренирование и антибактериальная терапия.

При высоком риске злокачественности (персистенция ≥ 2 недель, размер $>1,5$ см, плотная или фиксированная консистенция) рекомендуется визуализация с контрастированием (КТ или МРТ) с последующей тонкоигольной аспирационной биопсией (FNA). При недиагностическом результате выполняется core-needle либо эксцизионная биопсия.

Наблюдение в течение 2–4 недель допустимо только при низком риске и отсутствии признаков инфекции; отсутствие регресса требует перехода к этапу визуализации. Рутинное назначение антибиотиков без признаков

Метод	Основная задача	Когда предпочтительнее	Сильные стороны	Ограничения/риски
-------	-----------------	------------------------	-----------------	-------------------

бактериальной инфекции не рекомендуется



Рис № 1

Таблица шагов алгоритма менеджмента

Шаг	Действие	Цель	Критерий перехода
Оценка риска	Анамнез+осмотр, классификация локальная/генерализованная, “красные флаги”	Понять, есть ли high-risk сценарий	Персистенция ≥2 недель без регресса, >1,5 см, фиксация/плотность, системные симптомы → high-risk

Шаг	Действие	Цель	Критерий перехода
Если low-risk	Наблюдение с документированным планом контроля; лечение очевидного очага	Избежать гипердиагностики	Нет регресса/появились “флаги” → перейти в high-risk ветвь
High-risk ветвь	Контраст-КТ/МРТ шеи + целевой осмотр ЛОР-зон	Быстрое стадирование/ориентирование	Далее → FNA
Морфология 1	FNA (предпочтительно)	Получить диагноз минимально инвазивно	Диагноз есть → этиологическое лечение; недиагностично → морфология 2
Морфология 2	CNB или эксцизионная биопсия (особенно при подозрении на лимфому)	Достаточный объём ткани	Дальше – специализированное лечение (онко/гемат/фтизио/инфекц.)
Антибиотики	Не назначать рутинно; назначать при признаках бактериальной инфекции/абсцесса	Избежать задержки диагноза опухоли	При абсцессе – добавить аспирацию/дренирование

Таблица ключевых статей и руководств с аннотациями

Источник	Тип	Что даёт практике	Почему включён
Rynnonen MA et al., 2017, “Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults”	Клинические рекомендации	Определяет high-risk критерии, рекомендует контраст-КТ/МРТ и FNA; не рекомендует рутинные антибиотики	Базовый «скелет» алгоритма для взрослых
Gaddey HL, Riegel AM, 2016, AAFP “Unexplained Lymphadenopathy”	Обзор для первичного звена	Даёт частоты, МІАМІ-классификацию причин, подход «локальная vs генерализованная»	Хорошая структуризация дифференциала
Hanzalova I et al., 2024, Swiss Med Wkly	Обзор/подход	Диагностический подход с акцентом на гипотезу malignancy и биопсийные стратегии	Современное обновление логики диагностики
Aulino JM et al., 2019, ACR Appropriateness	Рекомендации по визуализации	Как выбирать метод визуализации по контексту	Поддерживает выбор КТ/МРТ/УЗИ

Источник	Тип	Что даёт практике	Почему включён
Criteria “Neck Mass/Adenopathy”			
Tan E, 2020, RACGP “An approach to neck masses in adults”	Практический обзор	Подчёркивает СТ + FNA как основу при подозрении на опухоль	Удобен для клинической маршрутизации
Fu Y et al., 2024, диагностическая точность УЗ-FNA	Оригинальное исследование	Приводит показатели чувствительности/специфичности FNA в выбранной когорте	Иллюстрирует ожидаемую эффективность FNA
Teng D et al., 2022, сравнение CNB vs FNA	Оригинальное исследование	Демонстрирует ситуации, где CNB может превосходить FNA	Для выбора тактики при недиагностичности FNA
Raquin AR et al., 2022, “suspected lymphoma”	Обзор	Подтверждает эксцизионную биопсию как gold standard при лимфомах	Для ветви «подозрение на лимфому»
NICE NG12, 2015 (актуализируемые материалы)	Руководство по распознаванию рака	Критерии направления при необъяснённой лимфаденопатии/шейной “шишке”	Для онконастороженности и маршрутизации
CDC, 2025, интерпретация TST	Руководство	Принципы интерпретации TST по стратификации риска (не «по БЦЖ»)	Для корректной трактовки TST в случае
WHO TB Knowledge Sharing Platform, EPTB	Руководство/ресурс	Определения EPTB, подходы к диагностике	Для ветви туберкулёзного лимфаденита
StatPearls Linezolid, 2024	Справочник по препарату	Показания и мониторинг безопасности (ОАК еженедельно)	Для критического разбора терапии случая

Выводы

1. Шейное образование (neck mass) у взрослого пациента должно рассматриваться как потенциально злокачественное до морфологической верификации, особенно при персистенции ≥ 2 недель и наличии клинических признаков высокого онкориска.
2. Рутинное назначение антибиотиков без признаков бактериальной инфекции нецелесообразно и может привести к диагностической задержке опухолевого процесса.
3. При высоком риске злокачественности приоритетной тактикой является визуализация с контрастированием (КТ или МРТ) с последующей

тонкоигольной аспирационной биопсией (FNA/ТАБ) как методом первичной морфологической оценки.

4. При недиагностическом результате FNA или подозрении на лимфому показано выполнение core-needle биопсии либо эксцизионной биопсии для полноценного гистологического и иммуногистохимического анализа.

5. Наблюдение допустимо только в группе низкого риска и при наличии чёткого плана динамического контроля; отсутствие регресса требует перехода к этапу инструментальной диагностики.

6. Алгоритм обеспечивает рациональную маршрутизацию пациентов, способствует снижению частоты поздней диагностики злокачественных новообразований и оптимизирует использование антибактериальной терапии в клинической практике.

Обсуждение

Предложенный алгоритм диагностики и ведения шейного образования (neck mass) у взрослых отражает современную концепцию ранней онконастороженности и минимизации диагностических задержек. Ключевым положением является отказ от рутинного назначения антибактериальной терапии при отсутствии признаков бактериальной инфекции. Этот подход направлен на предотвращение маскировки злокачественного процесса и снижения частоты отсроченной диагностики опухолей головы и шеи.

Стратификация риска на этапе первичного осмотра позволяет дифференцировать пациентов, нуждающихся в немедленной визуализации и морфологической верификации, от лиц с низкой вероятностью злокачественности, у которых допустимо краткосрочное наблюдение. Порог персистенции образования ≥ 2 недель, размер $> 1,5$ см, плотная или фиксированная консистенция, а также системные симптомы остаются клинически значимыми индикаторами высокого онкориска.

Визуализация с контрастированием (КТ или МРТ) занимает центральное место при подозрении на опухолевую природу процесса, обеспечивая анатомическую детализацию и планирование биопсии. Тонкоигольная аспирационная биопсия (FNA/ТАБ) рассматривается как первичный инвазивный метод, обладающий высокой специфичностью и достаточной чувствительностью для метастатических поражений. Однако при подозрении на лимфому диагностическая ценность FNA ограничена, что обосновывает использование core-needle биопсии или эксцизионной биопсии для полноценного гистологического и иммуногистохимического анализа.

Отдельного обсуждения заслуживает инфекционная лимфаденопатия. Наличие клинических признаков абсцедирования требует подтверждения ультразвуком и выполнения аспирации или дренирования в сочетании с целенаправленной антибактериальной терапией. В регионах с высокой распространённостью туберкулёза следует учитывать вероятность специфического лимфаденита и включать микробиологическую верификацию в диагностический протокол.

Таким образом, алгоритм интегрирует принципы онкологической настороженности, рационального использования антибактериальных препаратов и этапной морфологической диагностики. Его практическая ценность заключается в снижении риска поздней верификации злокачественных новообразований при сохранении безопасного наблюдения в группах низкого риска. Одновременно подчёркивается необходимость адаптации маршрутизации к эпидемиологическим и ресурсным условиям конкретной системы здравоохранения.

Предположения и ограничения алгоритма

Предположения

1. **Популяция:** алгоритм применим к **взрослым пациентам** с персистирующим шейным образованием (neck mass).
2. **Доступность ресурсов:** предполагается наличие КТ/МРТ с контрастированием, цитологической службы (FNA/ТАБ) и морфологической верификации (СNB/эксцизионная биопсия).
3. **Соблюдение сроков:** первичная стратификация и визуализация выполняются без неоправданных задержек (особенно при высоком онкориске).
4. **Интерпретация FNA:** качество и информативность цитологии зависят от опыта специалиста и адекватности забора материала.
5. **Антибактериальная тактика:** отсутствие рутинной АБТ без признаков инфекции снижает риск маскировки злокачественного процесса.

Ограничения

1. **Гетерогенность причин:** neck mass имеет широкий спектр этиологий (онкологические, гематологические, инфекционные, воспалительные), что ограничивает универсальность алгоритма.
2. **Диагностическая чувствительность FNA:** возможны ложноотрицательные результаты, особенно при лимфомах и кистозных метастазах.

3. **Ресурсные ограничения:** в учреждениях без доступа к КТ/МРТ с контрастом или морфологической верификации этапность может быть изменена.

4. **Сопутствующие состояния:** иммунодефицит, туберкулёзная лимфаденопатия, ВИЧ-инфекция или редкие гранулематозные заболевания требуют индивидуализации маршрута.

5. **Срок наблюдения:** интервал 2–4 недели применим только при низком риске; пролонгированное наблюдение без визуализации может привести к диагностической задержке.

6. **Отсутствие абсолютных критериев:** стратификация риска базируется на клинических признаках и вероятностной оценке, а не на едином биомаркере.

Методологическое примечание (для статьи)

Алгоритм отражает принципы современных клинических рекомендаций по оценке “neck mass in adults” и общие подходы к лимфаденопатии у взрослых; он носит **клинически ориентированный, но не исчерпывающий характер**, и требует адаптации к локальным эпидемиологическим и ресурсным условиям.

Если нужно, могу оформить этот раздел в виде краткого блока для статьи (5–6 предложений) или расширенной версии для диссертационной главы.

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. [66]

2) Gaddey HL, Riegel AM. **Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis.** *American Family Physician*. 2016;94(11):896–903. [67]

3) Hanzalova I, et al. **Peripheral lymphadenopathy of unknown origin in adults: a diagnostic approach emphasizing the malignancy hypothesis.** *Swiss Medical Weekly*. 2024. [68]

4) Aulino JM, Kirsch CFE, Burns J, et al. **ACR Appropriateness Criteria® Neck Mass/Adenopathy.** *Journal of the American College of Radiology*. 2019. [56]

5) Tan E, Riffat F, Palme CE, et al. **An approach to neck masses in adults.** *Australian Journal of General Practice (RACGP)*. 2020. [57]

- 6) Fu Y, et al. **Accuracy of ultrasound-guided fine-needle aspiration for small cervical lymph nodes.** 2024. [58]
- 7) Teng D, et al. **Comparison of Ultrasound-Guided Core Needle Biopsy vs Fine-Needle Aspiration...** 2022. [69]
- 8) Paquin AR, et al. **The diagnosis and management of suspected lymphoma in general practice.** 2022. [3]
- 9) NICE NG12: **Suspected cancer: recognition and referral.** 2015 (актуализируемый ресурс). [70]
- 10) CDC: **Clinical Testing Guidance for Tuberculosis: Tuberculin Skin Test.** 2025. [61]
- 11) WHO TB Knowledge Sharing Platform: **Extrapulmonary TB (Diagnostic approaches/definitions).** [62]
- 12) Piewngam P, et al. **Staphylococcus aureus colonisation and strategies for decolonisation.** *The Lancet Microbe.* 2024. [71]
- 13) Hanson BM, et al. **Staphylococcus aureus in the nose and throat... (colonisation, asymptomatic carriage).** 2018. [72]
- 14) Azzouz A, et al. **Linezolid.** *StatPearls [Internet].* 2024. [63]
- 15) (Рус.) **Туберкулез у взрослых. Клинические рекомендации (Минздрав РФ).** 2022. [73]
- 16) (Рус.) **Лимфаденопатии у взрослых (клинические рекомендации/обзор терминологии и классификации).** [74]