

**АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ
МЯГКИХ ТКАНЕЙ.
ЛИМФАДЕНИТ. ФУРУНКУЛ,
КАРБУНКУЛ У ДЕТЕЙ.**

Абсцессы мягких тканей

Абсцесс мягких тканей отличается от других гнойно-воспалительных заболеваний (эмпиемы, флегмоны) наличием инфильтративной капсулы или, как ее еще называют, пиогенной мембраны. Подобную капсулу имеют также абсцессы других локализаций: абсцесс головного мозга, абсцесс легкого, поддиафрагмальный абсцесс, заглоточный абсцесс, абсцесс предстательной железы, околочелюстной абсцесс и др. Капсула абсцесса мягких тканей ограничивает его от рядом расположенных анатомических структур и препятствует распространению гнойного процесса. Однако накопление значительного количества гнойного экссудата, увеличение абсцесса и истончение его капсулы могут привести к прорыву абсцесса мягких тканей с выходом его гнойного содержимого в окружающую клетчатку или межмышечные пространства с развитием разлитого гнойного воспаления — флегмоны.



Этиология абсцесса мягких тканей

- Абсцесс мягких тканей обусловлен попаданием в них гноеродных микроорганизмов. Примерно в четверти случаев абсцесс мягких тканей вызван стафилококковой инфекцией. Возбудителями также могут являться стрептококки, кишечная палочка, протей, синегнойная палочка, клостридии и пр. патогенные микроорганизмы. Зачастую абсцесс мягких тканей имеет полимикробную этиологию. При костно-суставной форме туберкулеза может наблюдаться «холодный» абсцесс мягких тканей, вызванный микобактериями туберкулеза.
- Проникновение гноеродных микроорганизмов, вызывающих абсцесс мягких тканей, чаще происходит при нарушении целостности кожного покрова в результате ранений, травм, микротравм, ожогов, отморожений, открытых переломов. Абсцесс мягких тканей может возникать при распространении микроорганизмов лимфогенным и гематогенным путем из имеющихся в организме гнойных очагов. Например, фурункула, карбункула, пиодермии, гнойной ангины, перитонита и пр. Инфицирование с образованием абсцесса мягких тканей может произойти ятрогенным путем при проведении инъекции инфицированной иглой. В редких случаях наблюдается асептический абсцесс мягких тканей, возникающий в результате попадания в ткани вызывающих их некроз жидкостей (керосин, бензин и др.).
- Благоприятствующим развитию абсцесса мягких тканей фоном является наличие в организме очага хронической инфекции (синусит, хронический тонзиллит, фарингит и т. п.), длительно протекающего заболевания желудочно-кишечного тракта (язва желудка, хронический гастрит, дуоденит, энтероколит), расстройств периферического кровообращения, обменных нарушений (ожирение, гипотиреоз, сахарный диабет, авитаминоз)
-

Симптомы абсцесса мягких тканей

- Абсцесс мягких тканей характеризуется наличием местных и общесоматических симптомов. К местным признакам относится болезненность, припухлость и покраснение участка кожи, расположенного над абсцессом. Надавливание в пораженной области вызывает усиление боли. Если абсцесс мягких тканей расположен поверхностно, то местная симптоматика отчетливо выражена и дополняется возникающим через несколько дней после образования абсцесса симптомом флюктуации, свидетельствующим о скоплении жидкого содержимого внутри воспалительного очага. При глубоко расположенном абсцессе, его местные симптомы не так заметны, флюктуация не наблюдается и на первый план могут выходить изменения в общем состоянии пациента.
- Общесоматические признаки абсцесса мягких тканей не носят специфического характера. Пациенты отмечают повышенную утомляемость, периодическую **головную боль**, разбитость, **нарушение сна**, подъем температуры тела, которая может достигать 39-40°С и сопровождаться ознобом. Выраженные симптомы интоксикации могут быть связаны с всасыванием в кровоток токсических веществ, образующихся в результате распада тканей внутри абсцесса, или свидетельствовать о распространении гнойного процесса и угрозе **сепсиса**.
- Осложнением абсцесса мягких тканей, кроме сепсиса, может стать развитие флегмоны, гнойное расплавление стенки расположенного рядом крупного сосуда, вовлечение в процесс нервного ствола с развитием **неврита**, переход гнойного воспаления на подлежащую кость с возникновением **остеомиелита**.

Диагностика абсцесса мягких тканей

- В ходе диагностического обследования пациента травматолог или хирург должны обратить внимание на наличие в его анамнезе указания на появление воспалительных симптомов после перенесенной травмы, ранения или инъекции. Поверхностно расположенный абсцесс мягких тканей легко выявляется при осмотре пораженной области. Более глубокие абсцессы требуют проведения УЗИ и диагностической пункции. После проведения пункции полученный материал подвергают бактериологическому исследованию для определения чувствительности гноеродной микрофлоры к антибиотикам.
- При подозрении на «холодный» абсцесс производят рентгенологическое обследование пораженной области и ПЦР-диагностику туберкулеза. Диагностируют также фоновые заболевания пациента, для чего могут потребоваться консультации смежных специалистов: отоларинголога, гастроэнтеролога, эндокринолога.

Лечение абсцесса мягких тканей

- В начальной стадии рекомендовано консервативное лечение: противовоспалительная терапия и УВЧ. Сформировавшийся абсцесс мягких тканей подлежит обязательному хирургическому лечению. Вскрытие и дренирование абсцесса мягких тканей обычно проводится хирургом в амбулаторной операционной. Госпитализация необходима в случае осложненного абсцесса, рецидива абсцесса после проведенного хирургического лечения, наличия тяжелого фонового заболевания или состояния пациента, анаэробного характера инфекции, высокого риска развития послеоперационных осложнений при расположении абсцесса на лице, вблизи крупных сосудов или нервных стволов.
- В травматологии и хирургии в настоящее время применяется открытое и закрытое хирургическое лечение абсцесса мягких тканей. Закрытый способ производится через небольшой разрез. Он включает кюретаж стенок и аспирацию содержимого абсцесса, применение двупросветной трубки для дренирования, активную аспирацию и промывание полости абсцесса после операции по его вскрытию. Открытый способ лечения предусматривает опорожнение и промывание абсцесса антисептиком после его широкого рассечения, дренирование при помощи широких полосок, ежедневный послеоперационный туалет полости абсцесса и перевязки.
- Если вскрытие и дренирование абсцесса не приводит к ослаблению и постепенному исчезновению общесоматических и интоксикационных симптомов, то следует думать о генерализации гнойной инфекции и развитии сепсиса. В таких случаях необходимо проведение массивной антибактериальной терапии, дезинтоксикационных, инфузионных и симптоматических лечебных мероприятий

Флегмона

- Флегмона (phlegmona) - это разлитое гнойное воспаление мягких тканей. Флегмона у детей может развиваться только там, где есть много подкожной жировой клетчатки, или в случаях позднего обращения за помощью и неправильного лечения. Обычно флегмонами считают поверхностные абсцессы, чаще встречающиеся у детей, при которых быстро возникает значительный коллатеральный отек мягких тканей

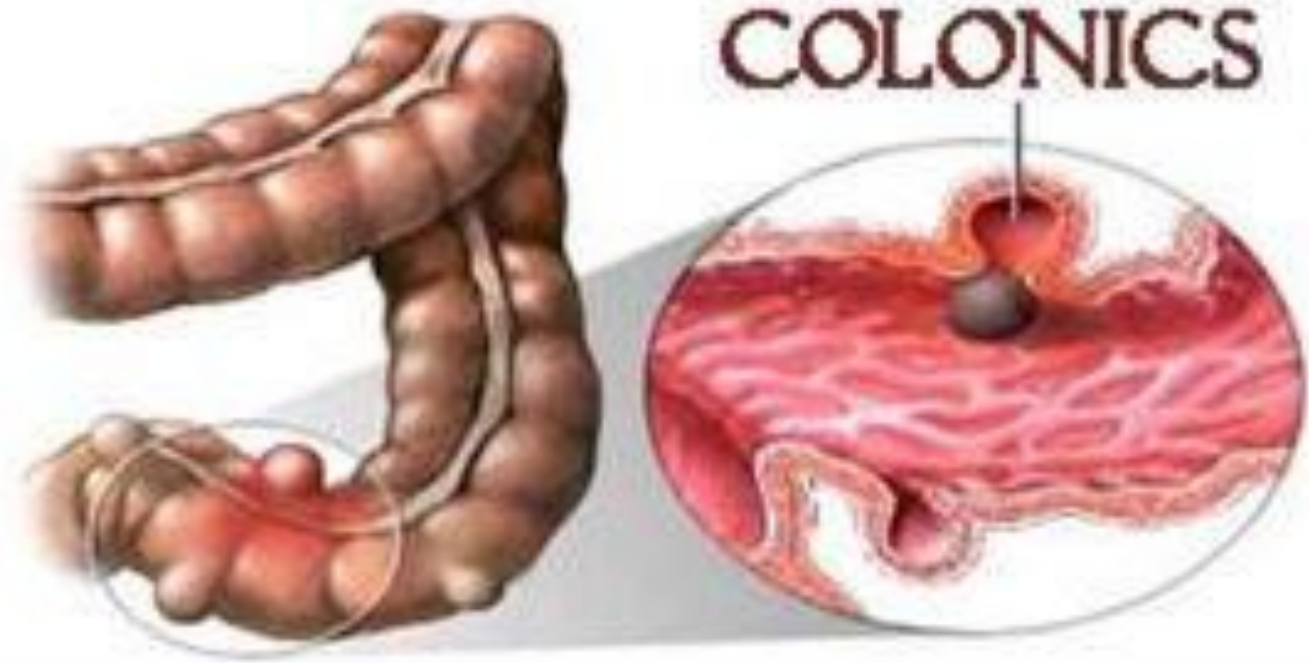
Этиология.

- Возбудителем абсцессов и флегмон является смешанная микрофлора с преобладанием стрептококков и стафилококков в комплексе с кишечной и другими видами палочек. В последние годы доказана значительная роль анаэробов, бактероидов и клостридий в развитии абсцессов и флегмон, а также ассоциации аэробной и анаэробной инфекции. В некоторых случаях гной, полученный при вскрытии абсцессов и флегмон, не дает роста микроорганизмов на обычных питательных средах, что свидетельствует о возбудителях, не характерных для данных заболеваний, которых нельзя обнаружить обычными исследовательскими приемами. Этим в определенной мере можно объяснить значительное количество абсцессов и флегмон с атипичным течением.

- У детей в 80-90 % случаев абсцессы и флегмоны имеют одонтогенное происхождение и возникают в результате распространения инфекции из апикальных очагов при обострении хронических периодонтитов временных и постоянных зубов, нагноении радикулярных кист; они сопровождают острый и хронический остеомиелит, развиваются как осложнения острого периостита челюстей.



**одонтогенная
флегмона**



забрюшинная флегмона

Классификация

- а) неодонтогенный - возникает обычно вследствие воспалительного процесса в лимфатических узлах, нагноения посттравматической гематомы или распространения воспалительного процесса из других участков;
-
- б) одонтогенный - связанный с заболеванием зубов.
- Также важно различать абсцессы и флегмоны, которые возникли под действием неспецифической (банальной) микрофлоры, и те, которые образовались вследствие специфических процессов (так называемые холодные абсцессы). Нередко врачу приходится проводить дифференциальную диагностику поверхностных флегмон с рожистым воспалением.

- Закономерности клинического течения абсцессов и флегмон у детей связаны с анатомо-физиологическими особенностями тканей лица:
- 1) окологубные мягкие ткани у детей характеризуются меньшей плотностью фасций и апоневрозов, ограничивающих то или иное анатомическое пространство;
- 2) более рыхлой подкожной жировой и межмышечной клетчаткой;
- 3) неполноценностью тканевого барьера, способствующей распространению инфекционно-воспалительного процесса на новые тканевые структуры;
- 4) функциональной незрелостью лимфатической системы, что приводит к частому поражению лимфатических узлов;
- 5) кровоснабжение лица по сравнению с другими участками организма лучше, что имеет свои положительные (быстрее выводятся токсины из очага воспаления, поступают гормоны, факторы защиты, кислород, что способствует уменьшению воспаления) и отрицательные (быстрое распространение инфекции) стороны. Сосуды у детей также более проницаемы, чувствительны к инфекции, поэтому такие симптомы воспаления, как отек, инфильтрация тканей, имеют выраженные клинические проявления;
- 6) значительные болевые реакции;
- 7) быстрое формирование гнойного очага (на протяжении 2-3 сут);
- 8) поверхностно расположенные абсцессы и флегмоны сопровождаются выраженной деформацией лица - инфильтрацией и резким отеком подкожной жировой клетчатки, а глубокие - нарушением функции жевания, глотания и речи.

- Одонтогенные процессы чаще развиваются у детей в период сменного прикуса, а неодонтогенные - до 5 лет, с преобладающим поражением лимфатической системы (лимфаденит, периаденит, аденофлегмона). Общие реакции часто опережают развитие признаков местного воспалительного процесса и наблюдаются даже при таких отдельных формах одонтогенной инфекции, как острый или хронический обострившийся периодонтит, что иногда является причиной диагностических ошибок.
- При неодонтогенном процессе зубы интактные, при стоматогенном наблюдаются изменения на слизистой оболочке: гиперемия отдельных участков, афты, эрозии и т.п. Если же причиной воспалительного процесса является зуб (то есть процесс одонтогенный), можно наблюдать частично или полностью разрушенную и измененную в цвете его коронковую часть; перкуссия зуба болезненна, он может быть подвижным, слизистая оболочка вокруг него гиперемирована и отечна; возможно одно- или двустороннее утолщение альвеолярного отростка.

- Необходимо помнить, что по клиническим проявлениям воспалительные процессы у детей могут быть таких типов:
 - - гиперергического - общие реакции преобладают над местными признаками воспаления;
 - - гипоергического - общие реакции и местные признаки воспаления выражены незначительно (в таких случаях острый процесс незаметно переходит в хронический);
 - - нормергического - на фоне нарушения общего состояния ребенка хорошо выражены все признаки местного воспаления.

СИМПТОМЫ

- Для поверхностно расположенных абсцессов и флегмон характерными являются такие местные клинические признаки: деформация мягких тканей, обусловленная отеком и инфильтрацией их, гиперемия кожи над очагом воспаления, плотный, болезненный при пальпации инфильтрат. Так, флегмона подчелюстной области поверхностная и для нее характерна выраженная деформация тканей, измененная в цвете (гиперемированная) кожа, пальпация участка болезненная. При глубокой локализации процесса, например, в крылочелюстном пространстве, определяется резкое нарушение функции (тризм П-Ш ст., болезненность и невозможность открывания рта), деформация тканей незначительна, кожа не гиперемирована.

Лечение

- Прежде всего, важно установить, действительно ли воспаление кожи вызвано инфекцией. Чаще всего, истории болезни и полного осмотра бывает достаточно для того, чтобы выяснить причину заболевания. Иногда возникает необходимость в подсчете лейкоцитов или бакпосеве.

Если сложно или невозможно выявить наличие или отсутствие связи воспаления с воздействием инфекции, доктор может приписать антибиотики на всякий случай. При отсутствии каких-либо позитивных изменений врачу следует обратиться к другим методам, которые применяют в тех случаях, когда воспаление вызвано неинфекционным путем. К примеру, если предполагают, что воспаление связано с аутоиммунным нарушением, лечение должно быть основано на применении кортикостероидов.

Антибиотики, такие как производные пенициллина или другие типы антибиотиков, являющихся эффективными в борьбе со стафилококками, используются для лечения флегмоны. Если причиной ее распространения окажутся другие бактерии, выявленные бакпосевом, или пациенты страдают аллергией на пенициллин, для лечения флегмоны следует использовать другие антибиотики.

Основным методом лечения флегмоны является **хирургическая операция**. Антибиотикотерапия, новокаиновые блокады, физиотерапевтическое лечение, введение препаратов, повышающих защитные силы организма больного, допустимы лишь в начальном периоде болезни. При отсутствии быстрого положительного эффекта (прекращение болей, нормализация температуры тела, улучшение общего самочувствия и показателей анализов крови), нарастании симптомов интоксикации показано экстренное оперативное вмешательство. Раннее оперативное вмешательство позволяет предотвратить значительное распространение гнойного процесса и развитие интоксикации.

В послеоперационном периоде необходимо активное воздействие на течение воспалительного процесса, что достигается введением в рану дренажей для длительного проточного промывания и активной аспирации экссудата,

Фурункул

- Очень часто с ослаблением иммунитета появляется фурункул у ребёнка — гнойный нарыв. Это острое воспаление волосяных фолликулов, сальных желез и соединительной ткани. Вызывается гноеродными бактериями, чаще всего — золотистым стафилококком. Причиняет немало страданий детям и переживаний их родителям.
- Если с единичными образованиями легко справиться, то обширное поражение кожи множественными гнойниками является уже болезнью — фурункулёзом — и требует полноценного лечения.

Причины

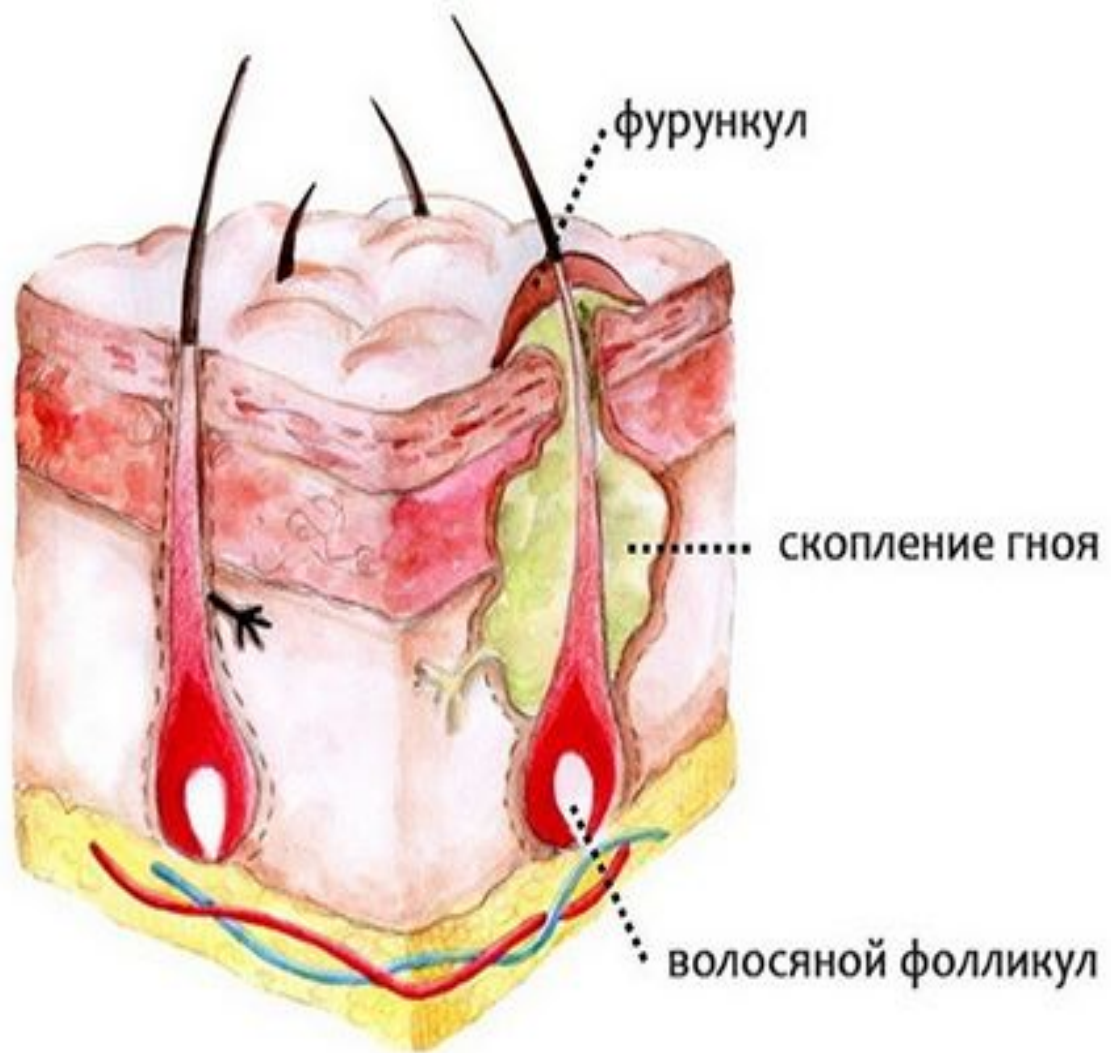
- постоянное загрязнение кожи;
- микротравмы (ссадины, расчёсывания, занозы, царапины);
- нездоровое питание;
- ослабление иммунитета;
- фурункул у грудного ребёнка — следствие неправильного ухода за кожей, несоблюдение гигиены;
- потливость;
- повышенное салоотделение;
- нарушенный обмен веществ;
- авитаминоз;
- недостаток свежего воздуха;
- диабет;
- проблемы с эндокринной системой;
- часто фурункул у детей образуется в носу из-за того, что они постоянно ковыряются там грязными руками и болеют насморком;
- переохлаждение или перегрев организма;
- длительный приём некоторых глюкокортикостероидных препаратов;
- простуды и инфекции (гепатит, туберкулёз);
- вросшие в кожу волоски;
- тяжело протекающие заболевания: ангина, воспаление лёгких, бронхит и др.
- стрессовая ситуация.

Виды

Из-за того, что причинами появления фурункулов на теле ребёнка могут стать различные факторы, а также ввиду индивидуальных особенностей организма и возраста, гнойники могут быть разными. У дерматологов есть целая классификация, в основе которой лежат внешняя симптоматика и локализация гнойного процесса.

- **Фурункул** — одиночный гнойник.
- **Карбункул** — обширный нарыв, охвативший сразу несколько фолликулов одновременно. Т. е. между собой сливаются множество гнойников. В таких случаях их содержимое выходит на поверхность во многих местах.
- **Кистозно-угревой фурункулёз**. Воспаление и нагноение происходит в глубоких слоях кожи. Обычно диагностируется на лице у подростков.
- **Пилонидальный синус** — очень болезненный фурункул в межъягодичной складке. Причина — малоподвижный, сидячий образ жизни. В группу риска попадают тучные дети с большим весом. С течением времени происходит образование болезненного узла на попе.
- **Гнойный гидраденит** — множественные гнойники, возникающие из-за воспаления потовых желез. Обычно локализуются в области подмышек или паха. В фурункулах отсутствует некротический стержень. Антибиотиков для лечения недостаточно: требуется обязательное хирургическое вмешательство по удалению потовых желез, подвергшихся воспалительному процессу.





- Нередко родители путают фурункул на теле ребёнка с обычным прыщом, и это становится тотальной ошибкой. Думая о том, что это незначительный нарыв, проходящий сам собой, они никак его не лечат. Результат — всевозможные осложнения вплоть до [сепсиса](#). Поэтому так важно вовремя заподозрить, что это именно фурункул, по следующим характерным симптомам:
- появление на коже одиночной пустулы: она возвышается над кожей, отличается ярко-красным ореолом вокруг плотного и отёчного гнойника, где образуется стержень;
- через 3-4 дня на вершине нарыва образуется белая точка (под тонкой плёнкой содержится гной);
- фурункул — очень болезненное новообразование;
- в этом месте ребёнок ощущает неприятные покалывания и зуд;
- он может возникнуть в любой части тела, где есть волосы;
- увеличение близлежащих лимфоузлов из-за воспалительного процесса;
- температура может подняться до 39°C;
- ребёнок становится вялым, капризным, плохо спит, отказывается от еды;

- Весь процесс от начала образования нарыва и до полного его исчезновения занимает около **10 дней**. Он включает в себя несколько стадий:
- Инфильтрация. Образование болезненного уплотнения, отёка.
- Нагноение, некроз. Инфекция активизируется, происходит интоксикация, формируется стержень.
- Восстановление, заживление. Образование грануляционной ткани и рубца. Посинение и побледнение воспалённой ткани.
- Главное отличие фурункула от прыща — длительный период созревания и чрезвычайная болезненность. Не всегда он способен пройти самостоятельно. Чтобы облегчить состояние ребёнка, его следует показать врачу и при необходимости пройти курс лечения, но только после

Диагностика

- Правильная профессиональная диагностика фурункулов у детей позволяет дифференцировать заболевание от других — сибирской язвы, туберкулёза кожи, эритемы и пр. К наиболее распространённым и часто применяемым методам диагностики относятся:
- визуальный осмотр;
- анализ крови;
- анализ мочи;
- дерматоскопия;
- бакпосев;
- флюорография;
- УЗИ внутренних органов.

Лечение

□ Медикаментозные препараты

- В зависимости от типа и локализации гнойника врач определит, чем лечить фурункул, чтобы ускорить его созревание и обезболить процесс.
- Антисептическая обработка вокруг нарыва борной или салициловой кислотой, перекисью водорода, зелёной.
- Сухое тепло.
- УВЧ — воздействие на гнойник высокочастотным электромагнитным полем.
- На уже прорвавший фурункул делают влажно-высыхающие повязки, смоченные гипертоническим раствором для более быстрого удаления гноя.
- После отхождения некротических тканей, на ранку делают повязки с антибактериальными мазями. Среди них — мазь Вишневского, Ихтиоловая, Тетрациклиновая, Гепариновая, Бактробан, Банеоцин.
- При фурункулах на лице необходимы антибиотики, активные против стафилококков: Метициллин, Оксациллин, Эритромицин, Цефалексин, Метронидазол, Диклоксациллин, Моксифлоксацин, Ванкомицин, Левофлоксацин и др.
- Аутогемотерапия — введение ребёнку под кожу или внутримышечно, его собственной крови из вены.
- Лазерная терапия — один из самых удачных способов лечения, так как избавляет от фурункула за 1 процедуру без боли и без последующего образования рубцов, исключает повторное нагноение и побочные эффекты.
- Хирургическое удаление.

Карбункул

Карбункулы у детей, как правило, возникают в случае проникновения в кожу инфекции (стрептококковой, золотистого стафилококка, кишечной палочки, энтеробактерий) и развития воспалительного процесса. Этому могут способствовать определённые условия, например:

ослабленная иммунная система;

заболевания органов желудочно-кишечного тракта;

неправильное питание;

недостаток витаминов в организме;

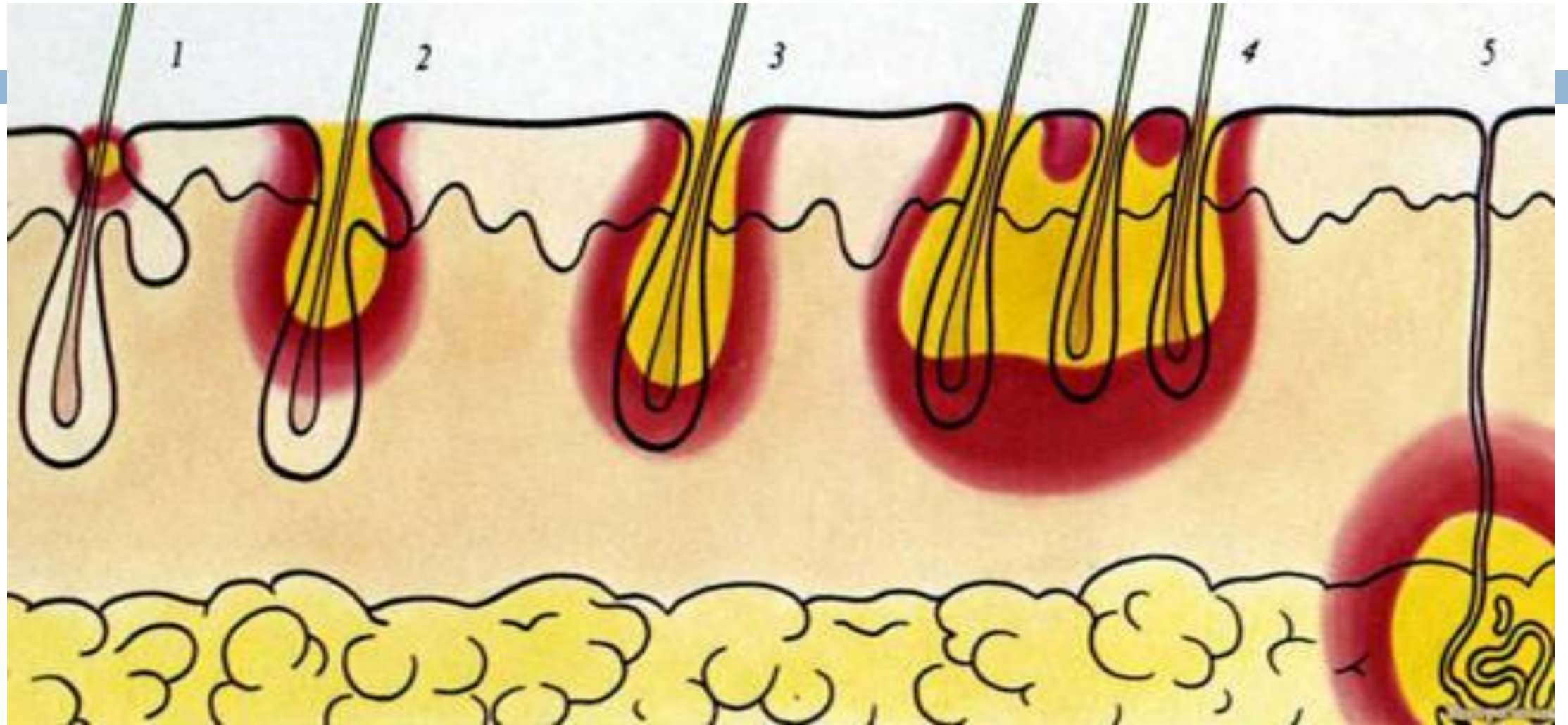
частые переохлаждения организма;

нарушенный обмен веществ;

расчёсывание кожи и занесение инфекции;

истощение организма в результате длительной болезни;

низкий уровень гемоглобина в крови.



СИМПТОМЫ

- К основным симптомам карбункула у детей относятся следующие признаки:
- наличие на коже припухлости с пустулой, которая через время вскрывается и из неё выходит гнойное содержимое; увеличение инфильтрата в размерах; синюшность кожи вокруг образования; возможна гиперемия кожных покровов, окружающих инфильтрат; болезненность поражённого участка (боли часто носят дёргающий характер); при этом ребёнок становится капризным; плохо спит; отказывается от еды; также могут наблюдаться признаки интоксикации организма: повышенная температура тела, тошнота и рвота, тахикардия, слабость; в месте локализации карбункула может быть нарушено кровообращение.

Диагностика

Так как карбункул представляет собой гнойный воспалительный процесс при появлении первых его симптомов необходимо показать ребёнка врачу во избежание сильной интоксикации организма со всеми вытекающими последствиями. Поставить точный диагноз специалист может на основании данных обследования, которое в себя включает следующие процедуры:

- осмотр кожных покровов; выявление симптоматики (измерение температуры, частоты сердцебиения, опрос мамы); определение возможных причин заболевания; общие анализы мочи и крови на воспалительный процесс (здесь важны показатели СОЭ и лейкоцитов); исследование на бактерии; посев содержимого инфильтрата.

Осложнения

- В случае несвоевременного и неправильного лечения карбункул грозит следующими осложнениями: сильным воспалительным процессом, поражающим внутренние системы организма; отмиранием тканей поражённого участка; открытием кровотечения. Избежать серьёзных последствий поможет обращение к врачу при появлении первых признаков карбункула и выполнение всех его рекомендаций.

Лечение

- При определении у детей карбункула врач, как правило, назначает комплексное лечение, которое в себя включает следующие важные моменты:
- антибактериальная терапия;
- приём антибиотиков; очищение организма от токсических веществ;
- лечение симптомов (снижение температуры тела, обезболивание и так далее);
- применение антисептических средств местного действия;
- переход на диетическое питание, исключающее из рациона жирную пищу и обогащающее его кисло молочными и растительными продуктами;
- физиотерапевтические процедуры;
- дополнительный приём витаминных комплексов для укрепления иммунитета;
- в сложных случаях возможно будут назначены иммуностимуляторы;
- карбункул на лице является показанием к стационарному лечению;

Профилактика

- Предотвратить развитие у детей карбункула можно, придерживаясь следующих правил:
- избегать расчёсывание прыщей;
- приучать ребёнка к соблюдению правил индивидуальной гигиены;
- предотвращать длительный контакт детской кожи с пылью;
- регулярно производить смену постельного белья и полотенец;
- следить за чистотой детской одежды;
- укреплять иммунную систему;
- ежедневно гулять на свежем воздухе;
- вести здоровый активный образ жизни;
- избегать переохлаждения;
- придерживаться основ рационального и сбалансированного полезного питания;
- обеспечить ребёнку здоровый сон (для этого равномерно в течение дня распределять физическую активность, проветривать перед сном комнату и так далее);
- своевременно обращаться к врачу и проходить необходимое лечение в случае заболеваний внутренних органов;
- долечивать до конца любые воспалительные процессы;
- предотвратить попадание в детский организм инфекций.

Лимфаденит

- Лимфаденит у детей – инфекционный или неинфекционный воспалительный процесс в периферических органах лимфатической системы – лимфоузлах. Лимфадениту принадлежит одно из ведущих мест по частоте встречаемости в педиатрии, что обусловлено морфофункциональной незрелостью лимфатической системы ребенка. Чаще всего лимфаденит наблюдается у детей в возрасте от 1 до 6 лет и имеет более бурное течение, чем у взрослых. Лимфаденит у детей развивается вторично, осложняя течение основных инфекционно-воспалительных заболеваний, поэтому увеличение лимфатических узлов у ребенка может обнаруживаться различными детскими специалистами: педиатром, детским отоларингологом, детским стоматологом, детским хирургом, детским иммунологом, детским ревматологом и др.



Классификация

- В зависимости от типа возбудителя выделяют неспецифический и специфический лимфаденит у детей, который может иметь острое (до 2-х недель), подострое (от 2-х до 4-х недель) или хроническое (более месяца) течение. По характеру воспалительных изменений лимфатических желез у детей различают серозные (инфильтрационные), гнойные, некротические (с расплавлением узлов) лимфадениты и аденофлегмоны.
- По очагу поражения лимфадениты у детей разделяют на регионарные (шейные, подчелюстные, подмышечные, паховые и т. д.) и генерализованные; по этиологическому фактору - одонтогенные (связанные с патологией зубо-челюстной системы) и неодонтогенные.

Причины

- Более 70% случаев лимфаденита у детей связано с воспалительными процессами ЛОР-органов - тонзиллитом, ангиной, синуситом, отитом. Лимфаденит у детей часто сопутствует инфекциям кожи и слизистых оболочек: фурункулам, пиодермии, гнойным ранам, экземе, стоматиту. Лимфаденит может осложнять
Источник: <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/lymphadenitis> течение различных бактериальных и вирусных инфекций у детей - скарлатины, дифтерии, ОРВИ, гриппа, паротита, ветряной оспы, кори. Наибольшее количество лимфаденитов у детей отмечается в осенне-зимний период вследствие увеличения числа инфекционных и обострения хронических заболеваний.
- Лимфаденит у детей старше 6-7 лет может быть связан с воспалительными заболеваниями зубо-челюстной системы (кариесом, пульпитом, периодонтитом, остеомиелитом). При этом нарастание симптомов лимфаденита у детей может происходить после затухания патологического процесса в первичном очаге. Причиной специфического лимфаденита у детей являются инфекционные заболевания с типичным для них поражением лимфатических узлов - туберкулез, инфекционный мононуклеоз, бруцеллез, актиномикоз, сифилис и др.

- Рост и развитие лимфоидных образований у детей продолжается до 6-10 лет; этот период связан с повышенной восприимчивостью к различным инфекционным агентам и недостаточной барьерно-фильтрационной функцией. Лимфоузлы, как элементы иммунной защиты, вовлекаются во все патологические процессы, протекающие в организме: распознавая и захватывая чужеродные частицы (бактерии, токсины, продукты распада тканей), они препятствуют их распространению из местного очага и попаданию в кровь.
- Лимфаденит у детей чаще всего имеет неспецифический генез, его основными возбудителями являются гноеродные микроорганизмы, в первую очередь, стафилококки и стрептококки. При лимфадените у детей обычно имеется первичный очаг острого или хронического гнойного воспаления, из которого инфекция попадает в лимфоузлы с током лимфы, крови или контактным путем.

Симптомы

- Как правило, при лимфадените у детей поражаются лимфоузлы в области лица и шеи (наиболее часто - подчелюстные и шейные с одной или обеих сторон, реже - околоушные, щечные, затылочные, заушные), в отдельных случаях – подмышечные, паховые.
- Серозная стадия острого неспецифического лимфаденита у детей (1-3 сутки заболевания) проявляется болезненными, заметно увеличенными в размерах и плотно-эластичными на ощупь регионарными лимфоузлами, без потери их подвижности и развития местной кожной реакции. Общее состояние ребенка не нарушено, температура колеблется от нормальных до субфебрильных значений.
- Переход острого лимфаденита в гнойную стадию (3-6 сутки заболевания) протекает с ярко выраженными местными признаками и резким ухудшением самочувствия детей. Наблюдаются признаки интоксикации: озноб, высокая температура (до 40°C), головная боль, сильная слабость, отсутствие аппетита и нарушение сна. В области пораженных лимфоузлов возникают интенсивные тянущие или стреляющие боли, явления периаденита, местная гиперемия и отек кожи. Возможно развитие аденофлегмоны с появлением очагов флюктуации и выходом гнойного воспаления за пределы лимфоузла. Аденофлегмоны челюстно-лицевой области могут осложниться тромбозом кавернозного синуса, медиастинитом, сепсисом

Диагностика

- Диагностика лимфаденита у детей включает тщательный физикальный осмотр, оценку клинической картины и анамнеза заболевания, исследование клинического анализа крови, УЗИ лимфатических узлов и ряд дополнительных дифференциально-диагностических исследований. Выявление лимфаденита у детей может потребовать обследования у врачей различных специальностей: педиатра, инфекциониста, детского отоларинголога, гематолога, хирурга, фтизиатра.
- **Дифференциальная диагностика** лимфаденитов различной локализации у детей проводится с опухолями слюнных желез, метастазами злокачественных новообразований, флегмоной, ущемленной паховой грыжей, остеомиелитом, системными заболеваниями (саркоидоз, лейкоз), диффузными заболеваниями соединительной ткани (ювенильный ревматоидный артрит, системная красная волчанка, дерматомиозит).

Лечение

- Лечение лимфаденита у детей определяется стадией, типом заболевания, степенью интоксикации и направлено на купирование инфекционно-воспалительных процессов в лимфоузлах и устранение первичного очага инфекции.
- При остром серозном и хроническом неспецифическом лимфадените у детей применяют консервативную терапию, включающую антибиотики (цефалоспорины, полусинтетические пенициллины, макролиды), десенсибилизирующие средства, местное лечение (сухое тепло, компрессы с мазью Вишневского, [УВЧ](#)). Показаны общеукрепляющие препараты – кальция глюконат, аскорутин, витамины, иммуностимуляторы.
- При отсутствии эффекта терапии или переходе лимфаденита в гнойную стадию, ребенка госпитализируют и проводят экстренное вскрытие, дренирование и санацию гнойного очага. В случае некротического лимфаденита у детей выполняют тщательный кюретаж полости, при необходимости производят удаление лимфоузла. В послеоперационном периоде показана комплексная противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия. Лечение специфического туберкулезного лимфаденита у детей проводят в специализированных лечебных учреждениях.