

Лимфадениты



Лимфаденит — воспаление лимфатических узлов



- Наиболее часто поражаются поднижнечелюстные лимфатические узлы — 54,5%, реже подподбородочные—12%, шейные — 13,7% (И. А. Пасевич, 1996). Чаще лимфадениты возникают у детей, что связано с незавершенностью формирования у них местного тканевого иммунитета, морфофункциональной незрелостью лимфатических узлов, дифференцированность которых завершается к 12 годам.

У детей чаще встречаются риногенные, тонзиллогенные, дер-матогенные лимфадениты (Г. Г. Смердова).
Одонтогенные лимфадениты возникают у детей более старшего возраста.

- Возбудителем острых лимфаденитов лица и шеи чаще является патогенный стафилококк в виде монокультуры или в ассоциации со стрептококком и анаэробами.

- Классификация. Неспецифический лимфаденит — острый и хронический.
- Острый — серозный, гнойный (абсцедирующий), аденофлегмона.
- Хронический — продуктивный, абсцедирующий.

Острый серозный лимфаденит.



- Неспецифический лимфаденит, является вторичным заболеванием. Поэтому у детей грудного и ясельного возраста предшествует ОРВИ, стоматит, ангина, отит, корь, ветряная оспа. У детей более старшего возраста и у взрослых лимфаденит чаще является реакцией на одонтогенные воспалительные заболевания (острый или обострившийся периодонтит, периостит, альвеолит и др.).
- Заболевание начинается с увеличения в объеме одного или нескольких лимфатических узлов. Больные предъявляют жалобы на появление под кожей болезненного «шарика», «горошины».
- Общее состояние больных остается удовлетворительным. Температура тела нормальная или субфебрильная

При обследовании выявляется асимметрия лица или шеи за счет ограниченного припухания, кожа в цвете не изменена, при пальпации обнаруживается увеличенное подвижное безболезненное образование округлой или овоидной формы. У некоторых пациентов появляется незначительная болезненность. При сборе анамнеза и тщательном осмотре выявляются заболевания, явившиеся причиной возникновения острого серозного лимфаденита.

Острый лимфаденит поднижнечелюстной области.



- Лечение острого серозного лимфаденита начинают с лечения или устранения первичного очага инфекции. В начальной стадии заболевания, когда нет признаков абсцедирования, острый серозный лимфаденит может быть в большинстве случаев излечен консервативными методами. Лечение должно быть направлено на повышение резистентности организма. Назначаются поливитамины, десенсибилизирующие препараты. Назначение антибиотиков и сульфаниламидов оправдано при нарастании воспалительных явлений. Эти препараты показаны ослабленным больным, а также больным с сопутствующими соматическими заболеваниями. анизма, санацию полости рта и ЛОР-органов.

Местно применяют повязки с мазью Вишневского, полуспиртовые компрессы, новокаиновые блокады 0,25% раствором новокаина. Эффективна физиотерапия: э. п. УВЧ и СВЧ в слаботепловой или атермической дозировке, излучение гелий-неонового лазера. При глубоком расположении лимфатических узлов более эффективны лучи инфракрасного лазера или его сочетания с магнитной насадкой — магнитолазерная терапия.

Острый гнойный (абсцедирующий) лимфаденит.



- характеризуется появлением постоянной пульсирующей боли. Возникают симптомы гнойно-резорбтивной лихорадки. Температура тела повышается до 38 °С и выше. Общее состояние удовлетворительное или средней тяжести. Нарушаются сон, аппетит, появляется апатия. Количество лейкоцитов в периферической крови увеличивается до $10-12 \times 10^9$ л. Местно выявляется припухание. Кожа над узлом гиперемирована. По мере развития периаденита, подвижность инфильтрата уменьшается. Пальпаторно определяется резко болезненное образование. Появляется инфильтрация соседних тканей. Функциональные нарушения зависят от локализации абсцедирующего лимфатического узла

Абсцедирующий лимфаденит поднижнечелюстной области



Аденофлегмоны



- По мере распространения инфекционно-воспалительного процесса за пределы капсулы абсцедирующего лимфатического узла изменяется первоначальная клиническая картина заболевания. Проявляются клинические признаки, характерные для флегмоны — разлитая плотная инфильтрация тканей, гиперемия кожи. Повышается температура тела до 39°C . Выявляется нейтрофильный лейкоцитоз до $10\text{--}15 \times 10^9$ л, повышается СОЭ до $35\text{--}40$ мм/ч.

Самопроизвольно вскрывшаяся
аденофлегмона околоушно-жевательной
области.





Лечение острых гнойных лимфаденитов и
аденофлегмон —
комплексное. После вскрытия гнойника,
эвакуации гноя, гнойная рана об
рабатывается растворами антисептиков.

Различают две формы хронического лимфаденита: хронический продуктивный и хронический абсцедирующий.

- Существуют мнения, что хронический лимфаденит возникает после острой формы заболевания. В результате неполноценного лечения — консервативной терапии без устранения первичного инфекционного очага, процесс «затихает», в дальнейшем вновь обостряется. Течение заболевания носит волнообразный характер. В период очередного обострения лимфатический узел увеличивается, затем по мере стихания воспалительных явлений он снова уменьшается. Общее состояние больных хроническим одонтогенным лимфаденитом (вне обострения) обычно удовлетворительное. Может иметь местно общее недомогание, повышенная утомляемость, головные боли, повышение температуры тела до 37—37,5 °С. При детальном обследовании больного, как правило, удастся выявить первичный очаг инфекции.

Хронический абсцедирующий лимфаденит является исходом хронического продуктивного лимфаденита

- В толще лимфатического узла формируется абсцесс с выраженной соединительнотканой капсулой. Этот абсцесс является источником инфекции, он может быть причиной возникновения очаговых заболеваний.
- Диагноз устанавливается на основании клинической картины, морфологических исследований.

Хронический неспецифический лимфаденит
челюстно-лицевой области необходимо
дифференцировать от:

- специфического поражения лимфатических узлов при актиномикозе,
 - туберкулезе, сифилисе;
- дермоидных и бранхиогенных кист;
- доброкачественных опухолей
- опухолеподобных образований,
- первичных злокачественных опухолей лимфатических узлов,
- метастазов злокачественных опухолей челюстно-лицевой области,
- лимфогранулематоза и лимфолейкоза.

Специфические поражения лимфатических узлов имеют особенности клинической картины. Окончательный диагноз может быть установлен с помощью лабораторных специфических реакций и гистологического исследования.

Врожденные кисты лица и шеи локализируются соответственно первой и второй жаберным щелям и дугам. Они увеличиваются медленно в течение нескольких лет, что не характерно для хронического лимфаденита.

Доброкачественные опухоли слюнных желез характеризуются длительным периодом роста, имеют определенную локализацию. Для них (фибромы, невриномы) характерно постоянное увеличение массы опухоли. Для первичных злокачественных опухолей лимфатических узлов, а также метастазов характерен прогрессирующий рост. Для окончательного установления диагноза производят цитологическое и гистологическое исследования.

Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина)

- характеризуется значительным полиморфизмом клинических и морфологических признаков. Большое сходство с неспецифическим лимфаденитом, особенно на ранних стадиях заболевания, затрудняет диагностику заболевания.

Лимфатические узлы при лимфогранулематозе, особенно в начальном периоде заболевания, могут быть различной величины и плотности, безболезненные. Они располагаются в виде одиночных узлов и группами. В более позднем периоде развития заболевания лимфатические узлы спаиваются с соседними тканями, становятся малоподвижными, иногда болезненными.

Лимфатические узлы пальпируются в различных областях тела больного. На гемограмме определяется нейтрофильный лейкоцитоз или лейкопения с лимфопенией и эозинофилией.



В случаях лимфолейкоза лимфатические узлы увеличиваются с двух сторон в виде пакетов, не спаянных друг с другом и подлежащими тканями. Для заболевания характерно значительное увеличение количества лейкоцитов.



Для окончательного установления диагноза лимфогранулематоз и лимфолейкоза необходима морфологическая верификация.

При дифференциальной диагностике острого и хронического лимфаденита лица и шеи следует обращать внимание на состояние лимфатических узлов в других областях. Наличие системной лимфаденопатии должно насторожить врача-стоматолога в отношении ВИЧ-инфекции. Такие больные должны пройти специальное обследование в соответствующих центрах.

Лечение



- Поскольку развитие хронического лимфаденита лица и шеи чаще всего связано с неустранимыми очагами одонтогенной инфекции или патологическими процессами в ЛОР-органах, вначале необходимо устранить первичный очаг инфекции.
- Одновременно следует провести мероприятия, направленные на повышение резистентности организма больного. Местно проводят противовоспалительное физическое лечение пораженного лимфатического узла.
- Если указанные мероприятия оказываются мало эффективными, производят хирургическое лечение — удаление увеличенного лимфатического узла с последующим гистологическим исследованием.