

**ПРОФИЛАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
(ДЛЯ 3 КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ФАКУЛЬТЕТА)**

ЛЕКЦИЯ

**КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
ДОЦЕНТ ПЕТРУНИЧЕВ В.В.**



ФУРУНКУЛ

Фурункул - острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и

окружающих тканей



ЭТИОЛОГИЯ

Факторами, предрасполагающими к возникновению фурункулов являются: неблагоприятные метеорологические условия, охлаждение, перегревание организма, авитаминоз, интоксикация, нарушение углеводного обмена (сахарный диабет), а также выдавливание «прыщей», загрязнение кожи



КЛИНИКА

Заболевание чаще всего протекает без выраженных нарушений общего состояния ребенка, но сопровождается субфебрилитетом. Отмечается припухлость и застойная гиперемия, болезненность пораженного участка, в центре которого обычно находится волосяной мешочек.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение зависит от стадии воспалительного процесса. Если преобладают явления инфильтрации и отека без нагноения, проводят консервативное лечение: назначают антибиотики и сульфаниламиды, витамины группы В, мазевые и полуспиртовые компрессы, УВЧ-терапию, местные теплые ванночки с марганцовокислым калием. Эффективна местная новокаиновая блокада с антибиотиками. При образовании гноя удаляют некротизировавшийся стержень. Выдавливание фурункула бессмысленно ввиду глубокого поражения клетчатки. Извлечение стержня дополняют линейным или крестообразным разрезом. Накладывают повязку с гипертоническим раствором. К хирургическому лечению прибегают также в тех случаях, когда гноя еще нет, но воспаление сопровождается значительной болезненностью, отеком, появлением лимфангита и лимфаденита, высокой температурой. Особенно упорно фурункул протекает у больных сахарным диабетом. Опасна локализация фурункула на лице, так как в этом случае возможно распространение процесса на глазницу и в полость черепа. Дети с фурункулом на лице подлежат немедленной госпитализации и нуждаются в комплексном лечении.

КАРБУНКУЛ

воспаление одновременно многих волосяных мешочков и клетчатки, а также более глубоких слоев мягких тканей. Карбункул образуется при слиянии нескольких фурункулов или из одного

ЭТИОЛОГИЯ

Предрасполагающими моментами являются нарушение правил гигиены, недостаточное питание, авитаминозы, желудочно-кишечные расстройства, хроническая инфекция, сахарный диабет



КЛИНИКА

Карбункул проявляется более бурно, чем фурункул. Местно отмечается выраженная и распространенная инфильтрация и отек, значительная болезненность, застойная гиперемия. На фоне описанных изменений видны гнойные пробки, из-под которых выделяется гнойно-кровянистая жидкость. Как правило, имеются лимфангиты и лимфадениты. Страдает общее состояние детей: появляются озноб, повышение температуры тела, головные боли; интоксикация вплоть до расстройств сознания и бреда

ЛЕЧЕНИЕ

Только хирургическое: широко вскрывают гнойник до здоровых участков с обязательным удалением некротизированных тканей и дренированием. Накладывают повязки с гипертоническим раствором. Общее лечение и антибиотикотерапию проводят по правилам лечения острой хирургической инфекции. Важно воздействовать на основное заболевание. Особенно тяжело и упорно протекает карбункул при сахарном диабете и патологическом ожирении

АБСЦЕСС

**Ограниченный очаг гнойного воспаления с
расплавлением мягких тканей и образованием полости**



ЭТИОЛОГИЯ

Абсцесс в области лица возникает вследствие повреждения или воспаления кожи лица, слизистой оболочки полости рта, губ, носа, век. Реже абсцессы у детей возникают за счет распространения инфекции из одонтогенного очага

КЛИНИКА

Сформировавшийся абсцесс представляет выбухающий, куполообразный, ярко гиперемированный участок. Кожа над ним истончена.

Пальпация резко болезненна, легко выявляется флюктуация. Общее состояние нарушается незначительно. Более тяжело протекают абсцессы, расположенные в глубине тканей — в подвисочном пространстве, а также окологлоточные, паратонзиллярные и т. д. Эти абсцессы протекают с выраженными общими явлениями интоксикации, нарушения функций (глотания, дыхания, открывания полости рта и т.д.). Они представляют значительную угрозу здоровью и даже жизни ребенка. В этих случаях отмечают бледность и сухость кожных покровов, повышение температуры тела до 38 °С и выше. Дети предъявляют жалобы на слабость, недомогание. Первыми симптомами заболевания бывают боли в очаге воспаления, затем появляется отек и повышается температура

В очаге воспаления формируется инфильтрат, в области которого кожа или слизистая оболочка гиперемированы, напряжены. В центре инфильтрата определяется флюктуация. Границы измененных тканей четко очерчены. Нередко кожа или слизистая оболочка в области абсцесса выбухает над поверхностью

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение больных с абсцессами хирургическое. Поверхностные абсцессы на лице у детей старших возрастных групп могут быть вскрыты под местным обезболиванием. Нужно помнить, что инфильтрация воспаленных тканей анестетиком вызывает резкую болезненность. Абсцессы, расположенные в глубине тканей, и абсцессы у детей младших возрастных групп следует вскрывать под общим обезболиванием. Необходимо внимательно оценить топографию абсцесса по отношению к окружающим тканям, так как выраженные реактивные отеки и обилие жировой ткани «маскируют» истинное расположение абсцесса. Для правильного выбора места разреза необходимо учитывать этот фактор. При наличии абсцесса глубина разреза не должна превышать толщину кожи. Последующего вскрытия абсцесса достигают путем продвижения к полости абсцесса сомкнутого зажима типа «Москит». После появления первой порции гноя бранши зажима раздвигают, и полость при этом опорожняется. В последнюю вводят дренаж.

Местное лечение заключается в наложении асептических повязок с растворами или мазями, обладающими осмотическим действием. Назначают физиотерапевтические процедуры. При глубоких абсцессах и тенденции к распространению отека проводят курс общей терапии, интенсивность которого определяется возрастом ребенка и характером процесса

ФЛЕГМОНА

Острое разлитое гнойное воспаление клетчаточных пространств



ЭТИОЛОГИЯ

Инфекционный процесс в тканях, вызванный гноеродной микрофлорой (гнилостной или анаэробной), распространяется по рыхлой клетчатке и, в * отличие от абсцесса, не имеет тенденции к ограничению. Флегмона может быть самостоятельным заболеванием или осложнением различных гнойных процессов (карбункула, фурункулеза, абсцесса, сепсиса)



КЛИНИКА

Обычно клиническая картина флегмоны характеризуется быстрым появлением и распространением болезненной припухлости, разлитым покраснением кожи над ней, болями, нарушением функции пораженной части тела, высокой температурой (до 40 °С) и другими признаками интоксикации. Припухлость представляет собой плотный инфильтрат, который затем размягчается в центре. Появляется симптом флюктуации или размягчения.

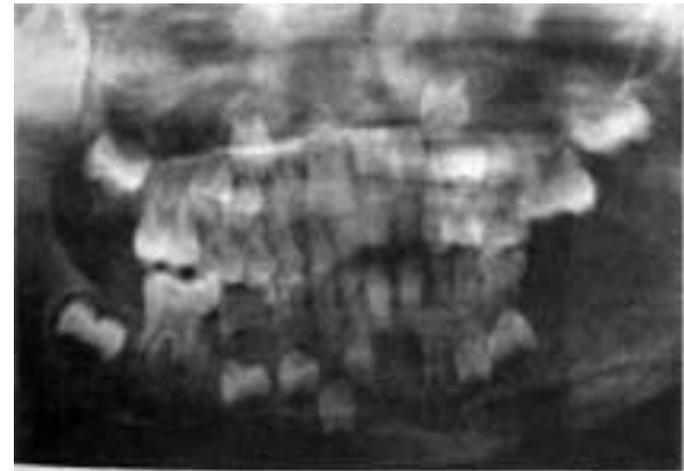
Клиническое течение флегмоны редко бывает благоприятным. Чаще встречаются ее злокачественные формы, когда процесс быстро прогрессирует, захватывая обширные участки подкожной, межмышечной клетчатки и сопровождается тяжелой интоксикацией. Температура обычно имеет постоянный характер. Отмечаются высокий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево

ЛЕЧЕНИЕ

Хирургические вмешательства целесообразно проводить всем детям под общим обезболиванием. Если источником инфекции является разрушенный зуб, показано или его удаление, или вскрытие полости зуба (см. *Общие принципы патогенетической терапии*). Затем производят кожный разрез и, при необходимости, рассекают жировую ткань. В большинстве случаев достаточно рассечения кожи с последующим раздвиганием мягких тканей браншами кровоостанавливающего зажима. Обычно гной выходит под давлением и в большом количестве. Необходимости в ревизии полости гнояника нет. В этом состоит главное отличие вмешательства при аденофлегмоне от такового при остеофлегмоне. В случае последней ткани необходимо рассекать до надкостницы включительно, и через эту рану производить ревизию кости и дренирование с установкой одного конца дренажа на кости. На рану накладывают повязку. Перевязки проводят ежедневно (см. *Общие принципы патогенетической терапии*). В обязательном порядке проводят общее лечение. Больной получает комплекс противовоспалительной, антибактериальной и, по показаниям, дезинтоксикационной терапии в возрастных дозировках. Лечение стационарное

ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

гнойное воспаление челюстной кости (одновременно всех ее структурных компонентов) с развитием участков остеонекроза



ЭТИОЛОГИЯ

Источником, как правило, служат пораженные кариесом и его осложнениями зубы. Вызывается одонтогенный остеомиелит патогенной бактериальной флорой, присутствующей в воспаленной пульпе и периодонте (золотистый и белый стафилококки, стрептококки, палочковидные бактерии). Защитные силы организма у детей еще несовершенны, поэтому воспаление кости может развиваться быстро и обширно. Играют роль также такие факторы, как физическое переутомление, охлаждение, острые инфекционные заболевания (корь, скарлатина, дизентерия и др.). Эта форма остеомиелита составляет 60-65% всех случаев остеомиелитов челюстно-лицевой области. Правильный диагноз остеомиелита детям поставить крайне сложно

КЛИНИКА

Гнойный процесс вызывает рассасывание костной ткани и может распространяться на мягкие ткани лица, слизистую оболочку полости рта. При пальпации наблюдается инфильтрат с размягчением в центре (абсцесс или флегмона). Из зубодесневых карманов выделяется гной, расположенные рядом зубы имеют патологическую подвижность. Мягкие ткани лица сильно отечны и гиперемированы. Наблюдается развитие лимфаденитов, абсцессов, аденофлегмон регионарных лимфатических узлов. Общее состояние тяжелое. Отмечается бледность и сухость кожных покровов и слизистой оболочки. Температура тела повышена до 38-39°С, что сопровождается ознобом, общей слабостью. У детей младшего возраста могут возникнуть судороги, рвота, расстройства пищеварения, что свидетельствует о раздражении ЦНС в результате общей сильной интоксикации организма. Рентгенологическое обследование показывает наличие разряжения костной ткани только к концу 1-ой недели. На нижней челюсти процесс носит затяжной характер, на верхней челюсти протекает остро



ЛЕЧЕНИЕ

Лечение **острого одонтогенного остеомиелита** проводится только в стационаре (основное лечение – хирургическое). Прежде всего удаляют причинный зуб, вскрывают поднадкостничные абсцессы (под общим обезболиванием). При этом необходимо произвести посев гноя для определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Раны дренируют и назначают дезинтоксикационную терапию, курсы антибиотиков, антигистаминные препараты, препараты кальция, витамины А, D, Е, В, С, неспецифические иммуномодуляторы. Ребенок должен принимать в основном молочно-растительную пищу и большое количество жидкости. Осложнениями острого одонтогенного остеомиелита челюстей у детей может быть переход процесса в хронический, гаймориты, артриты височно-нижнечелюстного сустава и даже сепсис



ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

Гематогенный остеомиелит костей лицевого скелета, как правило, возникает у новорожденных и у детей до 2 лет, в результате распространения инфекции гематогенным путем при пупочном сепсисе, гнойничковых заболеваниях кожи, этмоидите, гнойном отите. Развитию гематогенного остеомиелита у ребенка способствует отягощенный анамнез, патология беременности, недоношенность, гнойный мастит у матери. Процесс возникает на фоне септического состояния ребенка и является одной из форм сепсиса. «Пусковым» механизмом могут быть: травма, переохлаждение, инфекционное заболевание ребенка.



ЭТИОЛОГИЯ

Заболевание преобладает у детей младших возрастных групп:

чаще в возрасте до 1 мес, в период от месяца до года число заболевших детей составляет 77,4 % от всего количества больных.

Гематогенный остеомиелит лицевого скелета выявляется и у детей старших возрастных групп: чаще в возрасте от 1 года до 3 лет (15,24 %), реже - от 3 до 12 лет (7,31 %) [Рогинский и др., 1988].

«Входными воротами» инфекции служат, возможно, микротравмы слизистой оболочки полости рта и кожи лица, поражение слизистых оболочек носоглотки при острых респираторных инфекциях. Последнее предшествует заболеванию более чем у трети больных.

Первичные гнойные очаги — одна из наиболее частых предпосылок развития процесса в костях лицевого скелета. Среди них отмечают пупочную инфекцию, мастит кормящей матери, этмоидит, отит, гематогенный остеомиелит в других костях скелета, гнойные поражения кожи и подкожной клетчатки, комбинацию гнойных очагов (в половине случаев заболеваний).

Преморбидный фон у значительного числа больных отягощен. Выявляют патологию беременности, родов, недоношенность, мокнутие пупка, повторные респираторные заболевания. Детские инфекционные заболевания также могут быть фоном.

Одним из наиболее важных факторов, определяющих клиническое течение острого гематогенного остеомиелита у детей, а в большинстве случаев и прогноз заболевания, является сепсис. Значительную частоту (примерно 50 %) развития сепсиса у детей с гематогенным остеомиелитом, можно объяснить низким уровнем естественной резистентности организма как следствия неблагоприятного преморбидного фона. Чаще всего сепсис развивается у детей грудного возраста.

КЛИНИКА

Первые признаки заболевания проявляются беспокойством или вялостью ребенка, отказом от пищи, плохим сном, жидким стулом, повышением температуры. Это общие симптомы для всех инфекций. Развитие заболевания происходит крайне быстро. Обычно через сутки от начала заболевания температура достигает 38,5— 39,5 °С, появляются симптомы резкой интоксикации: кожные покровы лица приобретают выраженную бледность, нередко цианотичность, у детей первых месяцев жизни развивается адинамия. Уже на ранних этапах заболевания появляются припухлость и инфильтрация мягких тканей в полости рта, что нередко упускают из вида или неверно интерпретируют. Этот симптом крайне важен в диагностике заболевания, так как позволяет дифференцировать гематогенный остеомиелит от общих детских инфекций.

Для гематогенного остеомиелита лицевого скелета характерно раннее возникновение свищей. Диагностика затруднена тем, что выраженные признаки заболевания сглаживаются: снижается температура, уменьшается отек, улучшается общее состояние ребенка. Остеомиелит вследствие этого иногда остается нераспознанным.

Отмечена зависимость характера клинического течения острого гематогенного остеомиелита от наличия септических проявлений. У больных с септическими проявлениями заболевания процесс медленно купируется, нередко принимает генерализованный характер и затяжное течение с последовательным возникновением множественных гнойных очагов в костях скелета, в том числе и лицевого. Развитие сепсиса, таким образом, способствует переходу острого периода в хронический.

Для гематогенного остеомиелита костей лицевого скелета, кроме раннего формирования свищей, характерно образование секвестров. Последнее выявляется при целенаправленном рентгенологическом обследовании ребенка, которое проводят в стационарных условиях после соответствующей подготовки ребенка. Постоянным рентгенологическим признаком гематогенного остеомиелита служит резорбция костной ткани, очаговая или тотальная, вплоть до лизиса отдельных участков челюсти. Нередко выявляют свободно лежащие в кости зачатки зубов. Они поддерживают хронический процесс и являются, по сути, секвестрами



ЛЕЧЕНИЕ

Лечение

В настоящее время широко применяют комплексное лечение остеомиелита, обоснованное ещё Т.П. Краснобаевым. Оно складывается из трёх основных принципов:

- воздействие на макроорганизм;
- непосредственное воздействие на возбудитель заболевания;
- своевременная и полноценная санация местного очага.

Воздействие на макроорганизм

Воздействие на макроорганизм должно быть направлено на устранение тяжёлой интоксикации и коррекцию нарушенного гомеостаза. Активная дезинтоксикационная терапия включает введение 10% раствора декстрозы с препаратами инсулина, декстрана, средняя молекулярная масса 50000—70000, аминофиллина, нативной плазмы. Для десенсибилизации организма и нормализации сосудисто-тканевой проницаемости вводят препараты кальция, хлоропи-рамин. Для повышения уровня специфического иммунитета в остром периоде остеомиелита проводят пассивную иммунизацию организма ребёнка. С этой целью вводят гипериммунную стафилококковую плазму, иммуноглобулин человеческий нормальный, антистафилококковый гамма-глобулин.

При проведении интенсивной терапии необходимо контролировать электролитный обмен, кислотно-основное состояние и функции мочевой системы. Назначают мероприятия по регуляции белкового и углеводного обмена. Курс лечения также включает стимуляцию защитных сил организма.

При тяжёлых формах заболевания происходит угнетение функций коры надпочечников. Гормональные препараты (гидрокортизон или преднизолон) вводят коротким курсом (до 7 дней).

Воздействие на возбудитель

Непосредственное воздействие на возбудитель заболевания осуществляют путём назначения комбинации антибиотиков (оксациллин + нетилмицин) или антибиотиков широкого спектра действия (цефа-лоспорины III—IV поколения), а детям с неэффективной предшествующей антибиотикотерапией — цефалоспорины в комбинации с ван-комицином, рифампицином.

Перспективна терапия препаратом из группы оксазалидинонов: линезолид обладает антистафилококковой активностью, его назначают детям из расчёта 10 мг/кг 2 раза в сутки. Эффективность антибактериальной терапии значительно повышается при её сочетании с протеолитическими ферментами. После стихания острого процесса проводят второй курс антибиотикотерапии с противорецидивной целью. Назначают препараты, обладающие хорошей биодоступностью и тропностью к костной ткани, отсутствием побочных эффектов (например, фузидиевая кислота), в возрастной дозировке сроком на 2—3 нед. Антибиотики отменяют при стойкой нормализации температуры тела, исчезновении воспалительной реакции в очаге и нормализации общего анализа крови.

ЛИМФАДЕНИТ

Воспаление регионарных лимфоузлов в результате их инфицирования



ЭТИОЛОГИЯ

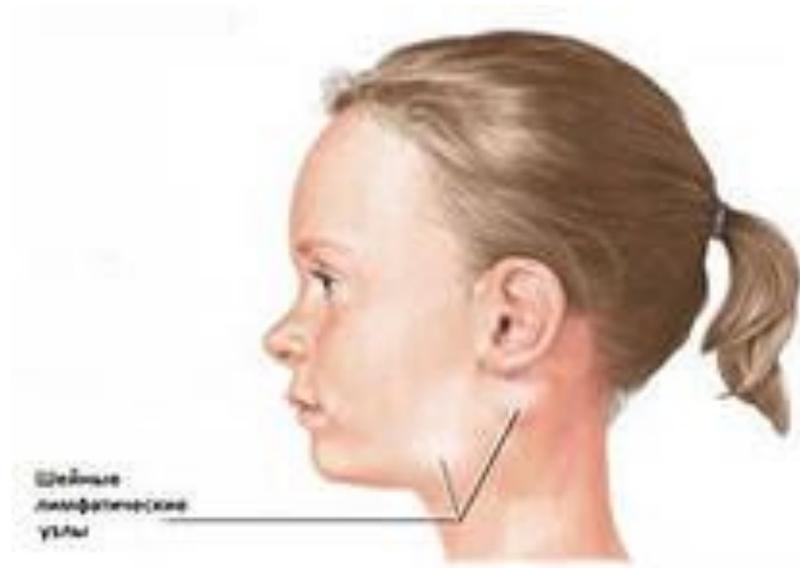
Лимфадениты в подчелюстных и подбородочной областях, а также в области шеи могут носить характер одонтогенных или неодонтогенных воспалительных процессов. Одонтогенные воспалительные процессы в периодонте, костях лица, гайморовой полости, мягких тканях лица и полости рта неизбежно приводят к проникновению инфекции в соответствующие регионарные лимфатические узлы — *nodi lymphatici, lymphonodi* (подчелюстные, подбородочные, щечные, околоушные, шейные).

В результате этого развиваются симптоматические лимфадениты в указанных узлах. При этом могут иметь место как неспецифические, так и специфические лимфадениты.

В группу неодонтогенных лимфаденитов относятся такие, которые не имеют патогенетической связи с зубочелюстной системой.

К ним можно, в частности, отнести так называемые стоматогенные, риногенные, отогенные и прочие симптоматические лимфадениты, развивающиеся на почве стоматитов, гингивитов, глосситов, ринитов, воспалительных заболеваний уха, гнойных воспалений кожи и др.

Регионарные лимфадениты нередко возникают в связи с более или менее выраженным повреждением кожных покровов или слизистой оболочки полости рта: на месте травмы создаются входные ворота для инфекции.



Πλάγια
καταφύλαξη
γύλη

КЛИНИКА

По клиническим признакам лимфадениты подразделяются на следующие группы: острый (серозный, гнойный), хронический, обострившийся хронический. *Острый серозный лимфаденит* Заболевание начинается с увеличения в объеме одного или нескольких лимфатических узлов. Они уплотняются, возникает болезненность — самопроизвольная и при дотрагивании. Постепенно развивается отек в области поражения. Чаще доминирует поражение одного узла. Соседние узлы хотя и вовлекаются в процесс, но в гораздо меньшей степени. Повышается температура тела. Появляются общие признаки интоксикации: слабость, потливость, потеря аппетита, ухудшение сна, головная боль, сильнее выраженные у детей младшей возрастной группы (1—3 года). С развитием лимфаденита все симптомы усиливаются, при поверхностном расположении узла кожа под ним краснеет, становится напряженной. Постепенно уменьшается подвижность пораженного узла и возникает умеренная инфильтрация тканей в окружности, выявляемая пальпаторно. Пальпация резко болезненна. Симптомы нарастают в течение нескольких дней. В дальнейшем, при устранении первичных очагов инфекции, процесс идет на убыль или развивается периаденит, или гнойное расплавление лимфатического узла. Показатели крови не изменяются или изменяются незначительно примерно у 50 % больных. Лечение больных с серозным лимфаденитом следует начинать с устранения первичного очага инфекции, выявление которого необходимо. По данным И.А. Пасевич [1996], это удается сделать в 98 % случаев. После устранения первичного очага инфекции (одонто-, ото-, стоматогенного) начинают лечение, направленное на повышение резистентности организма к инфекции, нормализацию его реактивности. Общеукрепляющая терапия состоит в назначении поливитаминов, десенсибилизирующих препаратов, полноценной молочно-растительной диеты. Применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов оправдано при нарастании воспалительных явлений после устранения первичного очага, при лечении ослабленных больных, а также больных с общими соматическими заболеваниями. Местно используют сухое тепло, повязки с мазью Вишневского и с добавлением салфеток, пропитанных спиртом, полуспиртовые компрессы, мазевые повязки по Дубровину, солюкс и УВЧ-терапию, электрофорез с йодидом калия, протеолитическими ферментами. Высокий терапевтический эффект дает применение лазерной и магнитно-лазерной терапии с использованием аппаратов «Узор», «Оптодан» и др. Для профилактики перехода острого серозного в гнойный лимфаденит ряд авторов рекомендуют своевременно госпитализировать детей в специализированные стационары без проведения антибактериальной терапии в амбулаторных условиях [Нурманганов. 1989, Пасевич, 1996]. *Острый гнойный (абсцедирующий) лимфаденит* Данная форма поражения лимфатического узла связана, в первую очередь, с нерациональным лечением при остром серозном лимфадените, затем — с неблагоприятным преморбидным фоном (переохлаждение, стрессы, предшествующие перенесенные тяжелые заболевания, иммунная несостоятельность и т.д.). В области лимфатического узла появляются сильные, иногда пульсирующие боли, температура повышается до 38 °С и выше, возникают вялость, апатия, нарушаются сон, аппетит. Общее состояние больных чаще удовлетворительное, но нередко и средней тяжести. Симптомы интоксикации более выражены у детей младшей и средней возрастных групп. Местно заболевание характеризуется выраженным отеком, часто — гиперемией и напряжением кожи. Два последних симптома связаны с локализацией пораженного узла и при глубоком его расположении не выявляются. То же касается флюктуации: она достаточно легко определяется у поверхностно расположенных узлов и не выявляется при глубоком расположении узлов в тканях (позадичелюстная, шейная, околоушная области и т.д.). В этих случаях дополнительными методами диагностики служит пункция пораженного узла, которую производят иглой с широким диаметром

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение заключается в ликвидации причины заболевания. При одонтогенных лимфаденитах — лечение и удаление «причинного» зуба, при неодонтогенных — лечение основного заболевания — стоматита, конъюнктивита и др. Наряду с этим в серозной стадии лимфаденита ребенку назначают физиотерапию, согревающие мазовые повязки с левомеколем, мазью Вишневского, гипосенсибилизирующую терапию, глюконат кальция, аско-рутин, общеукрепляющие средства. Лечение детей до 7 лет с острым гнойным лимфаденитом (при определенных условиях и в более старшем возрасте) и детей любого возраста с аденофлегмоной осуществляют только в условиях стационара. Здесь под общим обезболиванием безотлагательно проводят оперативное вмешательство в полном объеме — вскрытие гнойного очага с последующим дренированием раны, удалением «причинного» зуба. Одновременно ведут борьбу с интоксикацией — при остром гнойном лимфадените достаточно назначить обильное питье, при аденофлегмоне — внутривенное введение жидкостей в зависимости от степени интоксикации. Антибактериальная терапия при аденофлегмоне включает сочетание сульфаниламидных препаратов с антибиотиками широкого спектра действия, при остром гнойном лимфадените, как правило, достаточно назначения сульфаниламидных препаратов. Назначают гипосенсибилизирующую терапию, глюконат кальция, витамины внутримышечно, протеолитические ферменты, физиотерапию

Хронический лимфаденит у детей является спутником длительно существующей хронической инфекции — одонтогенной (хронический периодонтит) или неодонтогенной (хронический тонзиллит, ринит, гайморит, отит и др.). По клиническому течению различают хронический гиперпластический лимфаденит и хронический в стадии обострения (абсцедирующий) (рис. 6.26). Гиперпластический лимфаденит характеризуется увеличением лимфатического узла — он плотный, подвижный, не спаян с окружающими тканями, безболезненный или слабоболезненный при пальпации. Чаще этиология этой формы лимфаденита неодонтогенная. В этих случаях пальпируются несколько регионарных лимфатических узлов. Хронический абсцедирующий лимфаденит характеризуется появлением очага гиперемии и истончением кожи над увеличенным лимфатическим узлом, пальпаторно определяется флюктуация, свидетельствующая о гнойном расплавлении узла. Наблюдается и самопроизвольное вскрытие абсцесса с последующим его опорожнением и образованием свища. Общее состояние детей при хронических формах лимфаденита не изменяется