



ФГАОУ ВО «Российский национальный
исследовательский медицинский университет им. Н.И.
Пирогова» Минздрава России
Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СФ

Тема: Лимфаденит

Определение понятий

- **Лимфаденит** - воспаление лимфатического узла. Поражение лимфатических узлов в большинстве случаев носит вторичный характер и является следствием воспалительного процесса, развивающегося в челюстно-лицевой области.
- Лимфатические узлы впервые, как самостоятельные органы, появляются у птиц, причем обнаружены узлы только у некоторых водоплавающих птиц (М.Р. Сапин и др., 1978). Число лимфатических узлов у различных видов млекопитающих различно. Например, у собак их около 60, у свиньи 190, у крупного рогатого скота 300, у лошади 8000 (Н. Baum, A. Trautmann, 1933).
- МММ

- У взрослого человека лимфатическая система, сгруппированная в 500-1000 лимфатических узлов, составляет приблизительно 1/100 (1%) массы тела (Policard, 1965).
- Доказана способность лимфатических сосудов и узлов к сокращению, что способствует движению лимфы.
- Топография лимфатических сосудов и узлов. От каждого участка челюстно-лицевой области отходят отводящие лимфатические сосуды, которые направляются к различным лимфатическим узлам. Направление крупных лимфатических сосудов соответствует ходу кровеносных сосудов.

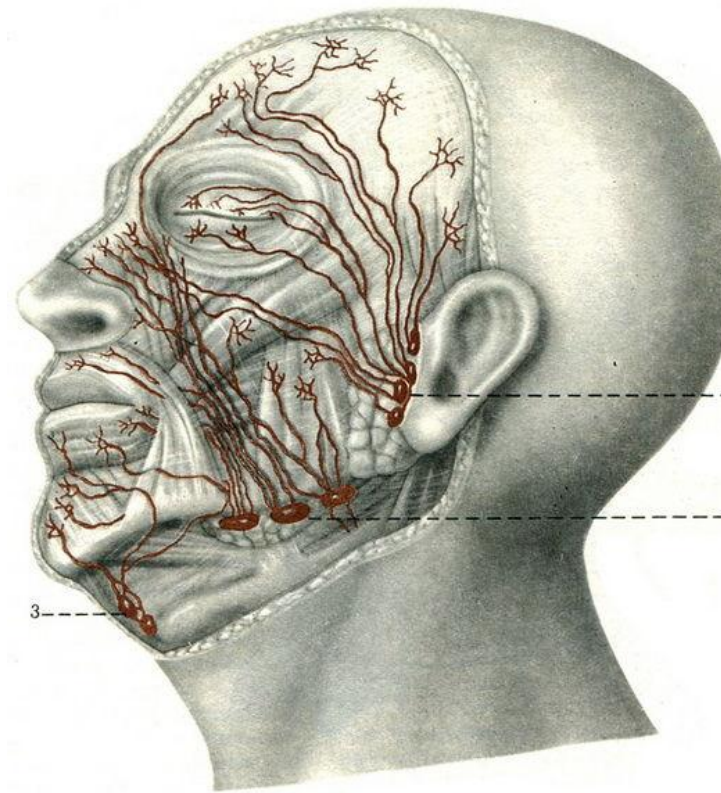
- Челюстно- лицевая область характеризуется хорошо развитой лимфатической системой. Изучение клинической и анатомической взаимосвязи лимфатических узлов лица и шеи с отдельными зубами и слизистой оболочкой полости рта представляет несомненный интерес.
- Первое - достаточно подробно изложено в литературе, а взаимосвязь лимфоузлов и слизистой оболочки полости рта представлена лишь в единичных работах.

- Сосуды, отводящие лимфу и расположенные по ходу лимфатические узлы составляют лимфатическую систему, которая вместе с венозной обеспечивает дренаж тканей. Bernick S. (1977) изучил и дал морфологическую характеристику лимфатических сосудов пульпы кариозных, некариозных и запломбированных зубов у лиц в возрасте от 20 до 65 лет.
- По его данным, в некариозных зубах лимфатические сосуды пульпы представлены тонкой едва различимой сетью, в кариозных - резко расширены лимфатические сосуды.
- С прогрессированием поражения и активизацией воспалительной реакции в просвете резко расширенных лимфатических сосудов обнаруживаются тромбы.
- Автор полагает, что данные сосуды способствуют удалению тканевой жидкости и играют немаловажную роль в развитии воспалительного процесса. Противоположные результаты получил Boras S. (1982), ему не удалось выявить в пульпе наличие лимфатических сосудов.

- Экспериментальными исследованиями показано, что в здоровой слизистой оболочке десны лимфатические сосуды имеют тонкие стенки, маленькие размеры, неправильную форму и располагаются, главным образом, в субэпителиальной соединительной основе (Bernick S., Grant D.A., 1978). При воспалении просветы лимфатических сосудов резко расширяются и в них появляются клетки воспалительного инфильтрата, что может играть важную роль в прогрессировании острой одонтогенной инфекции. Лимфатический аппарат при гнойных поражениях в организме резорбирует бактерии из окружающих тканей и транспортирует их в лимфатические узлы, задерживает и разрушает микроорганизмы путем их фагоцитоза (Панченко Р Т. и ДР., 1984)
- ММ

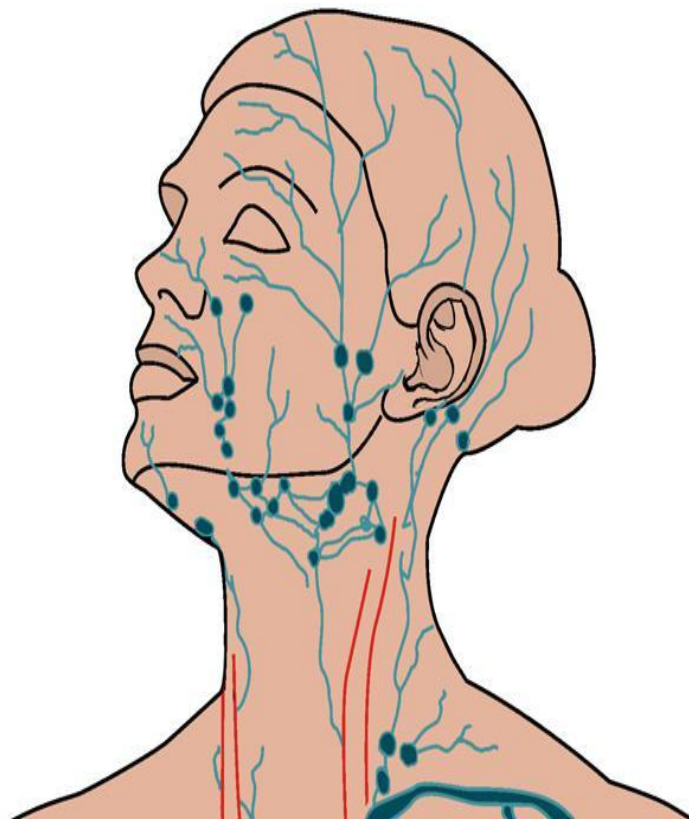
Лимфатические узлы околоушной области

- Лимфатические узлы **околоушной области** представлены поверхностной и глубокой группами
Поверхностная группа состоит из 2-3 узлов - преаурикулярных лимфатических узлов, лежащих вне капсулы железы, и 4-5 узлов, расположенных у нижнего полюса околоушной железы.
- **Глубокая группа** лимфатических узлов этой области представлена 2-3 узлами, расположенными в толще самой железы, и 1-2- в ее нижнем отделе.
- Таким образом, в области околоушной железы насчитывается от **9 до 13 лимфатических узлов**.



Носогубные лимфатические узлы

- **Носогубные** лимфатические узлы находятся на уровне наружных носовых отверстий в области носогубной борозды или под нижним краем глазницы. По ним движется лимфа из поверхностных частей лица подглазничной области.
- Узлы непостоянные.



Щечные лимфатические узлы

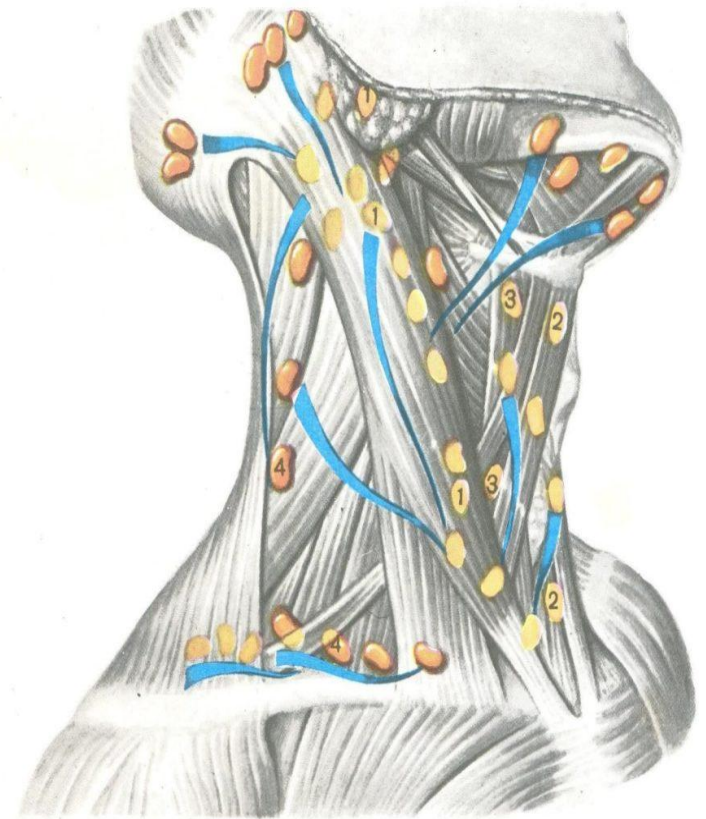
- Лимфатические сосуды внутренних половин век, носа, щеки, зубов, десны дистального отдела альвеолярного отростка верхней челюсти направляются в **щечные** лимфатические узлы, которые являются непостоянными.
- С. П. Бардышева и А. П. Легошин (1965) выявили щечные узлы у 16% обследуемых. Они были единичными, имели округлую форму, размер их составлял от 0,2х0,2 см до 0,4х0,4 см, располагались они в подкожной жировой клетчатке на наружной поверхности щечной мышцы, то есть на 1 см ниже места прохождения выводного протока околоушной железы через щечную мышцу.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы

- Лимфатическими узлами второго порядка для щечных и нижнечелюстных узлов считаются **поднижнечелюстные** лимфатические узлы, которых насчитывается от 1-3 до 8-10.
- По данным Б.А. Недбай (1981), длина, ширина и толщина их варьируют соответственно от 0,1х0,1х0,1 см до 1,7х1,2х0,7 см. Средняя величина 0,6 см.
- Однако у 10% людей пожилого и старческого возраста обнаружены крупные лимфатические узлы с продольным размером 1,3-1,7 см.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы

- Поднижнечелюстные узлы имеют овальную или бобовидную, реже округлую, треугольную или лентовидную форму. Локализуются они впереди поднижнечелюстной слюнной железы у ее верхней полуокружности. Все поднижнечелюстные лимфатические узлы в зависимости от локализации делятся на три группы:
 - передние (располагаются впереди лицевой артерии),
 - средние (между артерией и веней)
 - задние (позади вены)

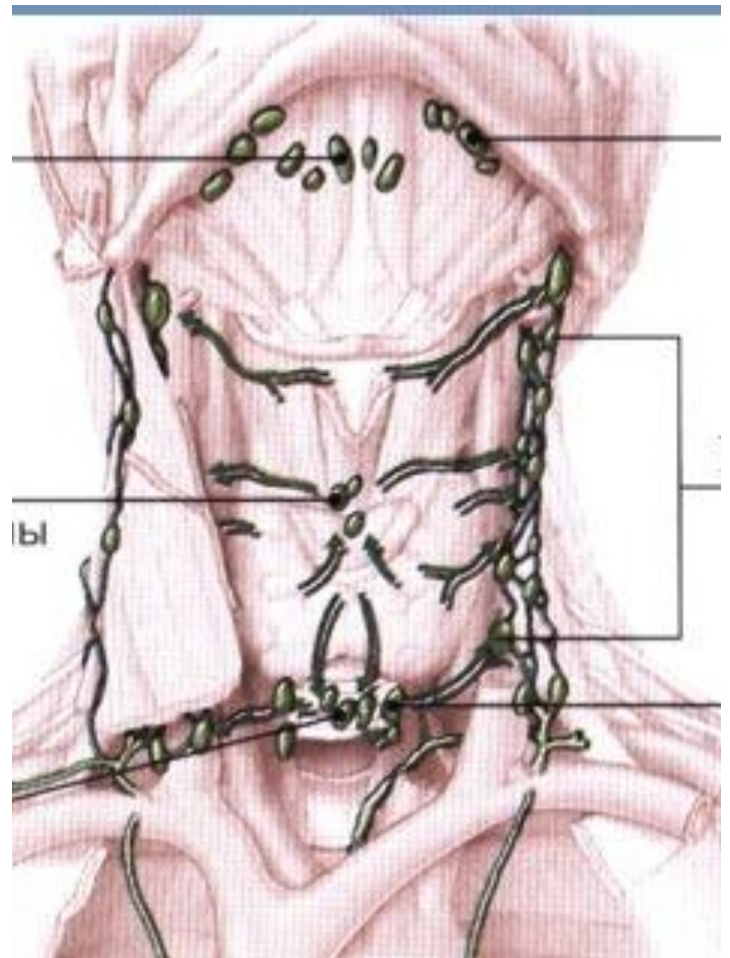


Супраамандибулярные лимфатические узлы

- От моляров и премоляров обеих челюстей, носа, верхней и нижней губы лимфа оттекает в **нижнечелюстные (супраамандибулярные)** лимфатические узлы, которые так же, как и щечные узлы, являются непостоянными. Они выявлены у 27% наблюдаемых (С. П. Бардышева, А.П.Легошин.1965). Узлы имеют овальную форму, размер их составляет от 0,3х0,3 см до 0,5х0,5 см. Находятся эти узлы в толще подкожной жировой клетчатки кпереди от переднего края жевательной мышцы, на передней поверхности нижней челюсти и на 1-1,5 см выше ее края.
- Супраамандибулярные узлы чаще располагаются впереди лицевой артерии, но могут находиться между артерией и веной.

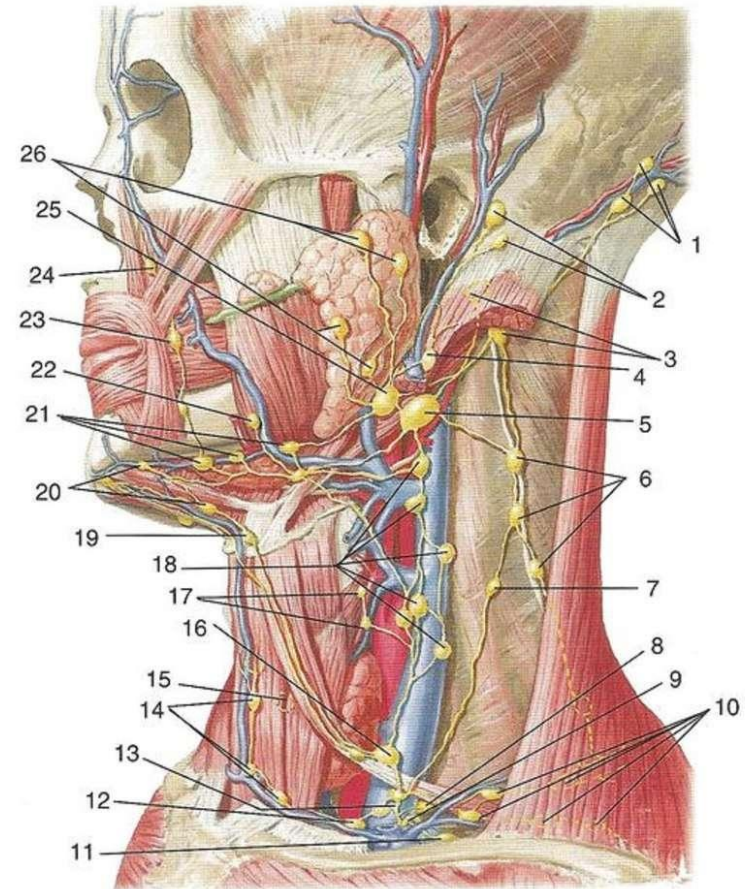
Подподбородочные лимфатические узлы

- Лимфатические сосуды, идущие от передних отделов альвеолярного отростка нижней челюсти (десны и зубов), кончика языка, подъязычной области, нижней губы и подбородка, направляются к **подподбородочным** лимфатическим узлам, которые находятся между передними брюшками двухбрюшной мышцы



Окологлоточным лимфатическим узлам

- Глубокие лимфатические сосуды, идущие от твердого и мягкого нёба, носовой части глотки, полости рта, верхнечелюстных пазух, миндалин, среднего уха, направляются к **ОКОЛОГЛОТОЧНЫМ (заглоточным)** лимфатическим узлам, которые находятся сзади и сбоку от глотки.
- По мнению В.Ф. Войно-Ясенецкого (1956), эти узлы располагаются в заднем отделе заглоточного пространства, что способствует быстрому распространению воспалительного процесса по сосудистому влагалищу в переднее и заднее средостение, а также вверх в череп (И. И. Никифорова, А. К. Кац, 1981)

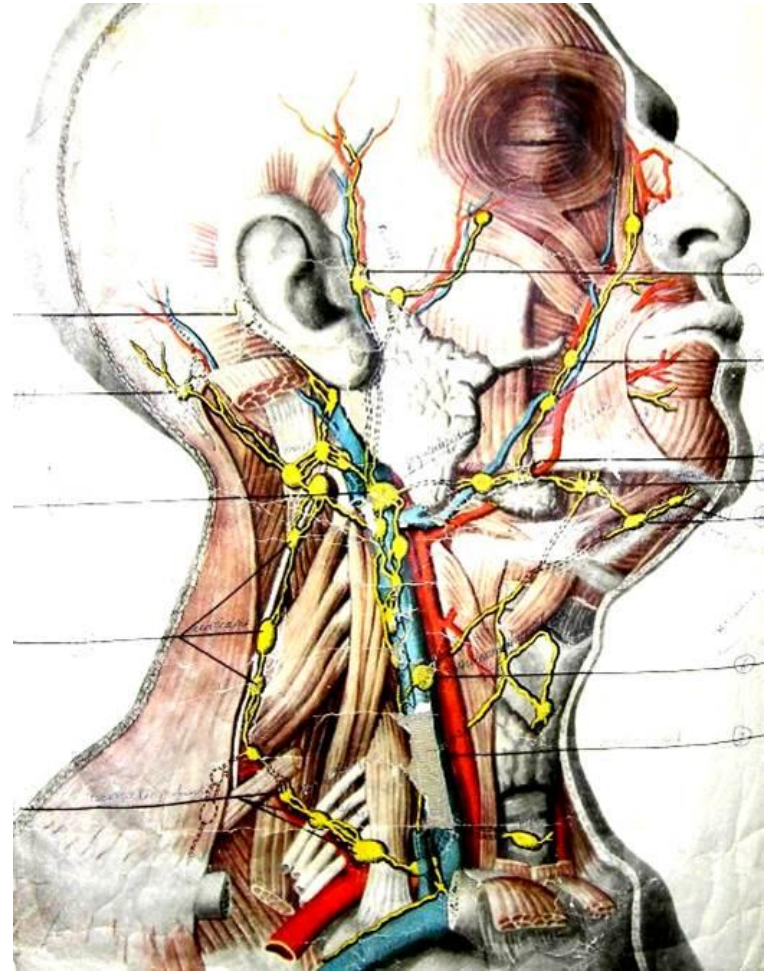


Глубокие лимфатические узлы

- Глубокие лимфатические узлы являются узлами второго и третьего порядка. Особо важными считаются яремно-двухбрюшные, яремно-подъязычные и язычные лимфатические узлы.
- **Яремно-двухбрюшные** узлы находятся около яремной вены на уровне большого рога подъязычной кости и собирают лимфу от внутренних органов шеи - глотки, гортани, трахеи, шейной части пищевода, щитовидной железы и мышц шеи.
- **Язычный** (верхний глубокий шейный) лимфатический узел получает лимфу от задней трети языка, находится на уровне середины подбородочно - язычной мышцы. Основное формирование лимфатических узлов происходит в первые годы жизни ребенка и заканчиваются к 8-10 годам (Флорексов В.А., 1964).

Лимфатические узлы шеи

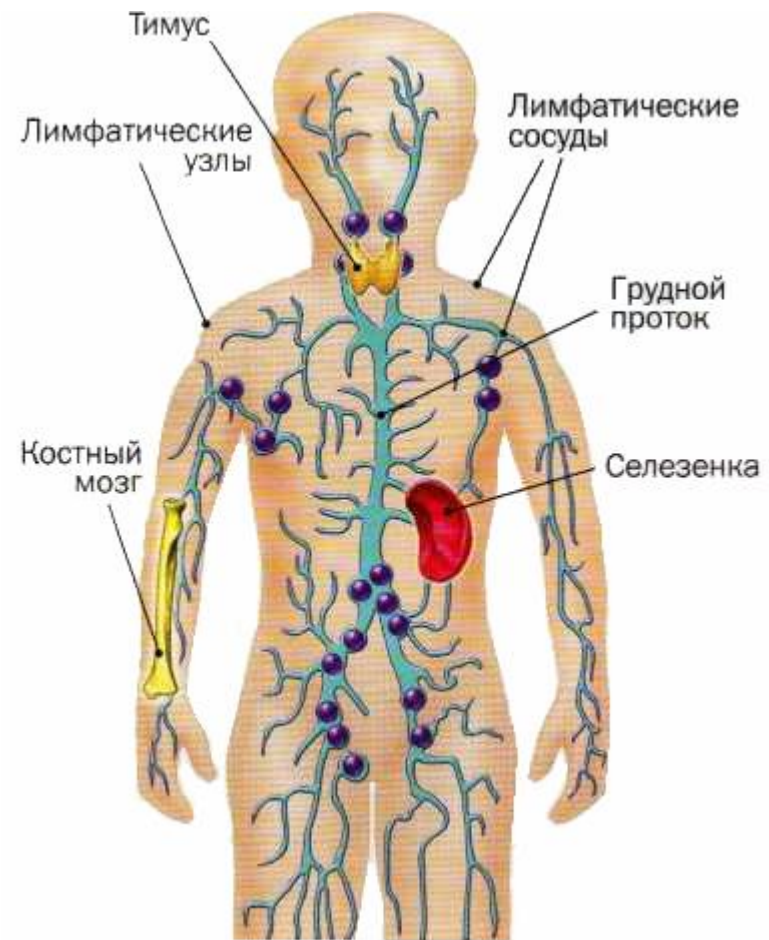
- Отводящие лимфатические сосуды, идущие от узлов челюстно-лицевой области, поступают в **лимфатические узлы** шеи, которые подразделяются на поверхностные и глубокие.
- Передние шейные лимфатические узлы делятся на передние (находятся по ходу передней яремной вены) и боковые (располагаются по ходу наружной яремной вены).
- Эти лимфатические пути соединяются друг с другом и с лимфатическими сосудами противоположной стороны.



Лимфатическая система у детей

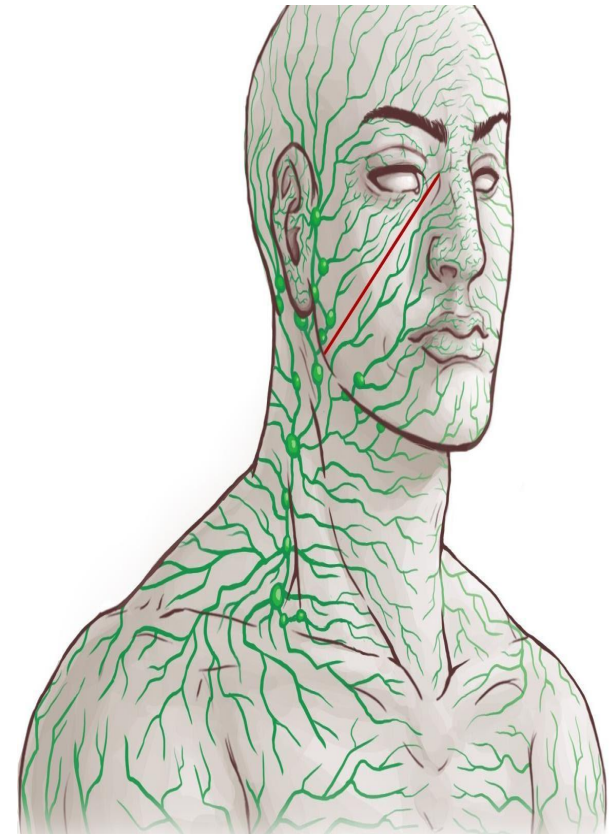
Лимфатическая система у детей 3-6-летнего возраста развита значительно лучше, чем у взрослых. Выявлено, что у них лимфатические узлы крупнее и число их относительно больше (К.А. Орлова, 1969).

Зубной зачаток окружен кольцом лимфатических сосудов, которые широко анастомозируют с лимфатическими сосудами кости и надкостницы. Эта особенность строения лимфатического аппарата челюстно-лицевой области у детей и обуславливает большую частоту возникновения воспалительных поражений лимфатических узлов.



Лимфатическая система

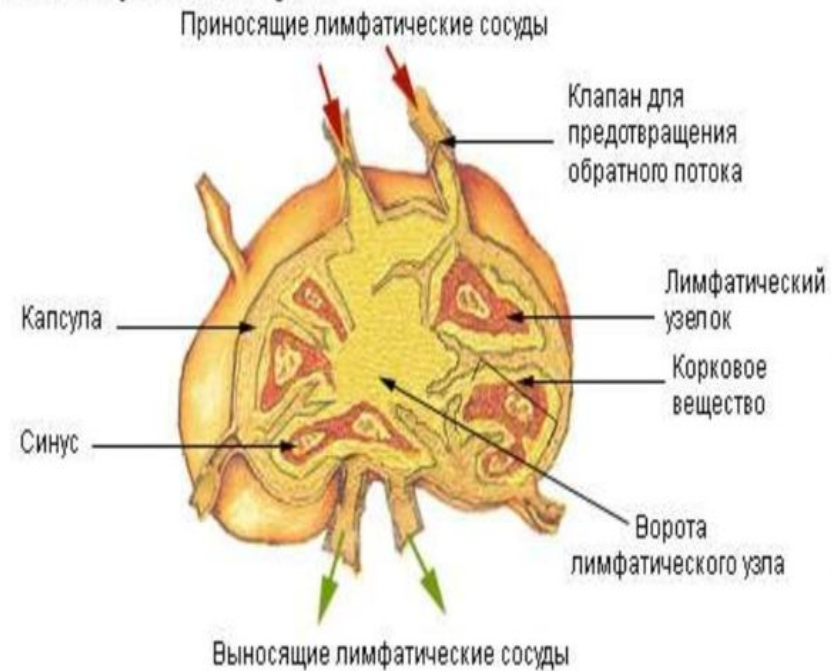
- Роль лимфатической системы при гнойных поражениях организма заключается в резорбции бактерий из окружающих тканей и транспортировании их в лимфатические узлы.
- Лимфа образуется путем всасывания транссудата из интерстициальной ткани в капилляры лимфатической системы, а затем в узлы. Строение лимфатических узлов подробно описано в литературе



Строение лимфатической узлы

- Особый интерес представляет наличие в капсуле и трабекулах лимфатических узлов гладкомышечных клеток.
- Они также входят в стенки лимфатических сосудов, что обеспечивает сокращение лимфатических узлов и сосудов и способствует проталкиванию лимфы. По данным Б. В. Огнева (1971), на ток лимфы в лимфатическом узле активно влияет сокращение гладкомышечных клеток, которые собраны в волокна, что приводит к уменьшению объема лимфатического узла и выталкиванию лимфы в выносящий лимфатический сосуд

Строение лимфатического узла

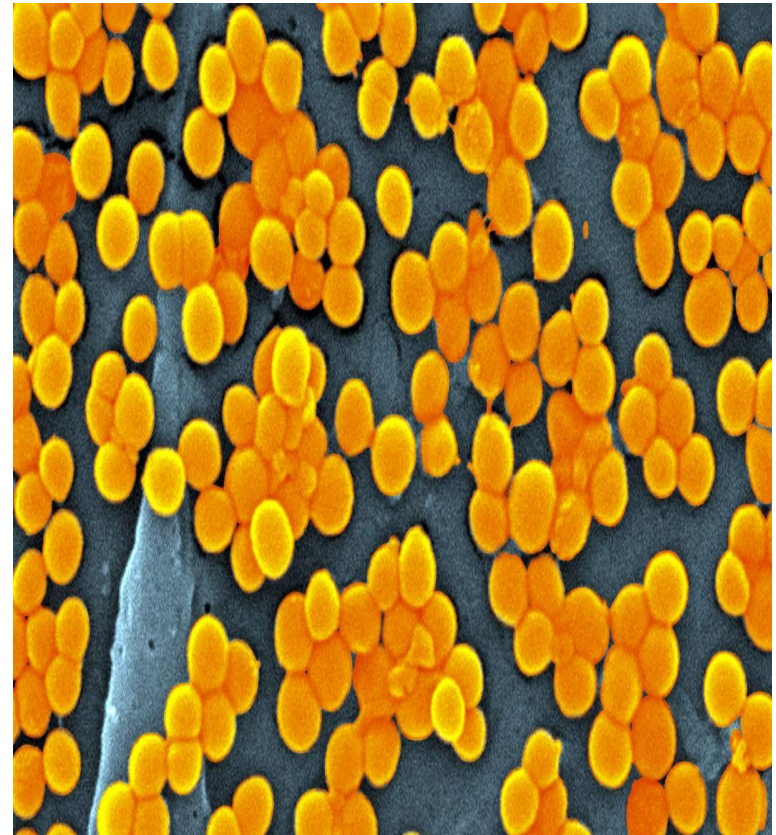


Этиология и патогенез.

- Являясь своеобразными биологическими фильтрами, лимфатические узлы задерживают микроорганизмы, токсины, чужеродные белки и продукты тканевого распада, находящиеся в лимфе, оттекающей от пораженных воспалительным процессом участков тела.
- Барьерная функция лимфатических узлов заключается в фильтрации, осаждении и обезвреживании поступающих с током лимфы бактерий и токсинов. Снижение барьерной функции и возникновение воспалительных процессов в лимфатических узлах наблюдается при высокой концентрации микроорганизмов, поступающих из первичного очага, а также при значительной их вирулентности.

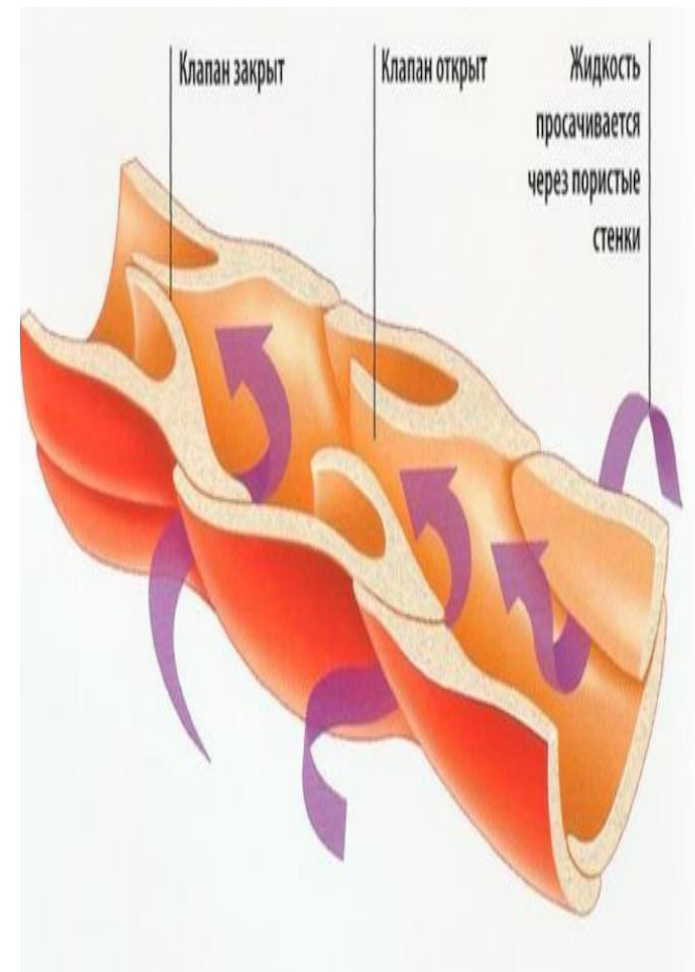
Возбудители острых лимфаденитов

- Возбудителем острых лимфаденитов лица и шеи чаще всего является патогенный стафилококк в монокультуре, значительно реже - в ассоциации с другими микроорганизмами. Согласно нашим данным, у 92% больных причиной развития лимфаденитов является золотистый стафилококк и лишь у 8% - смешанная микрофлора (стрептококк, кишечная палочка, протей и др.)



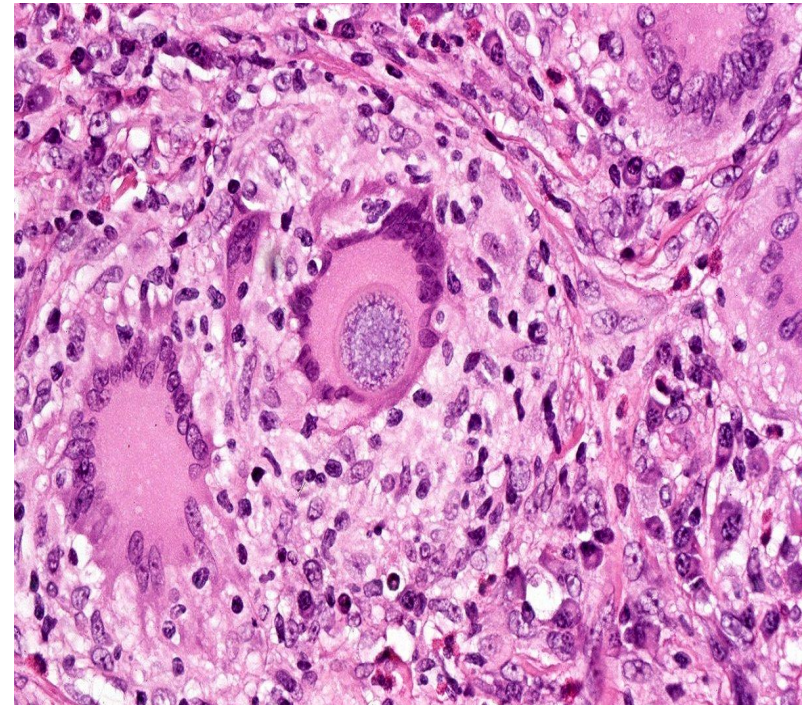
Патологическая анатомия

- При патологоанатомическом исследовании отмечено набухание стенок лимфатических сосудов и увеличение их проницаемости.
- Клетчатка вдоль сосудов пропитывается лейкоцитами (перилимфангоит) В результате сужения просвета и сплывания эндотелиальных клеток лимфатических сосудов в них образуются тромбы, что вызывает стойкий лимфостаз При длительном развитии воспалительного процесса наблюдается их облитерация и возникают значительные отеки



Патологическая анатомия

- При острых лимфаденитах узлы увеличены, полнокровны, сосуды расширены, возникает отек Паренхима лимфатического узла пропитывается серозным экссудатом Увеличиваются объем и инфильтрация тканей лимфатического узла, наблюдается пролиферация лимфатических элементов, количество лейкоцитов увеличивается При наличии острого лимфаденита капсула узла всегда отекая, а соединительная ткань разрыхлена При нагноении узла капсула инфильтрируется лейкоцитами

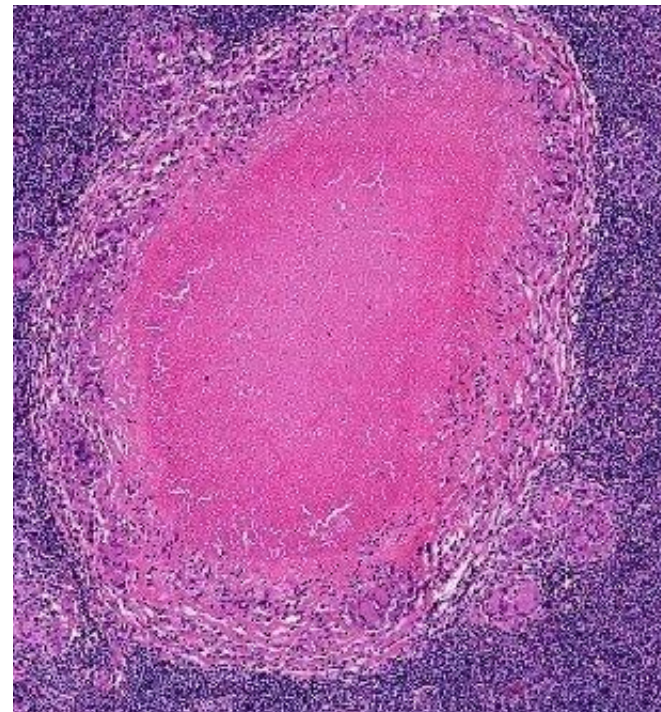


Пункция лимфатического узла

- А Г Кац и соавторы (1985) для уточнения диагноза проводили цитологическое исследование пунктата лимфатического узла
- В неизмененном лимфатическом узле они наблюдали зрелые лимфоциты, единичные пролимфоциты, лимфобласты, ретикулярные клетки и макрофаги. При серозных лимфаденитах выявили большое количество малых и средних лимфоцитов, а также пролимфоциты и лимфобласты.
- В этот период в исследуемом пунктате они обнаружили скопление нейтрофильных гранулоцитов, в цитоплазме которых была выявлена оксифильная зернистость, встречались также разрушенные нейтрофильные гранулоциты.



- На аденограммах гнойных лимфаденитов количество зрелых лимфоцитов было меньше, они теряли свои тинкториальные свойства.
- Часто встречались макрофаги и особенно нейтрофильные гранулоциты, которые подверглись разрушению.
- Если острому процессу предшествовало хроническое воспаление лимфатического узла, то наряду с перечисленными ранее клетками встречались плазматические и ретикулярные клетки, пролимфоциты и ацидофильные гранулоциты.



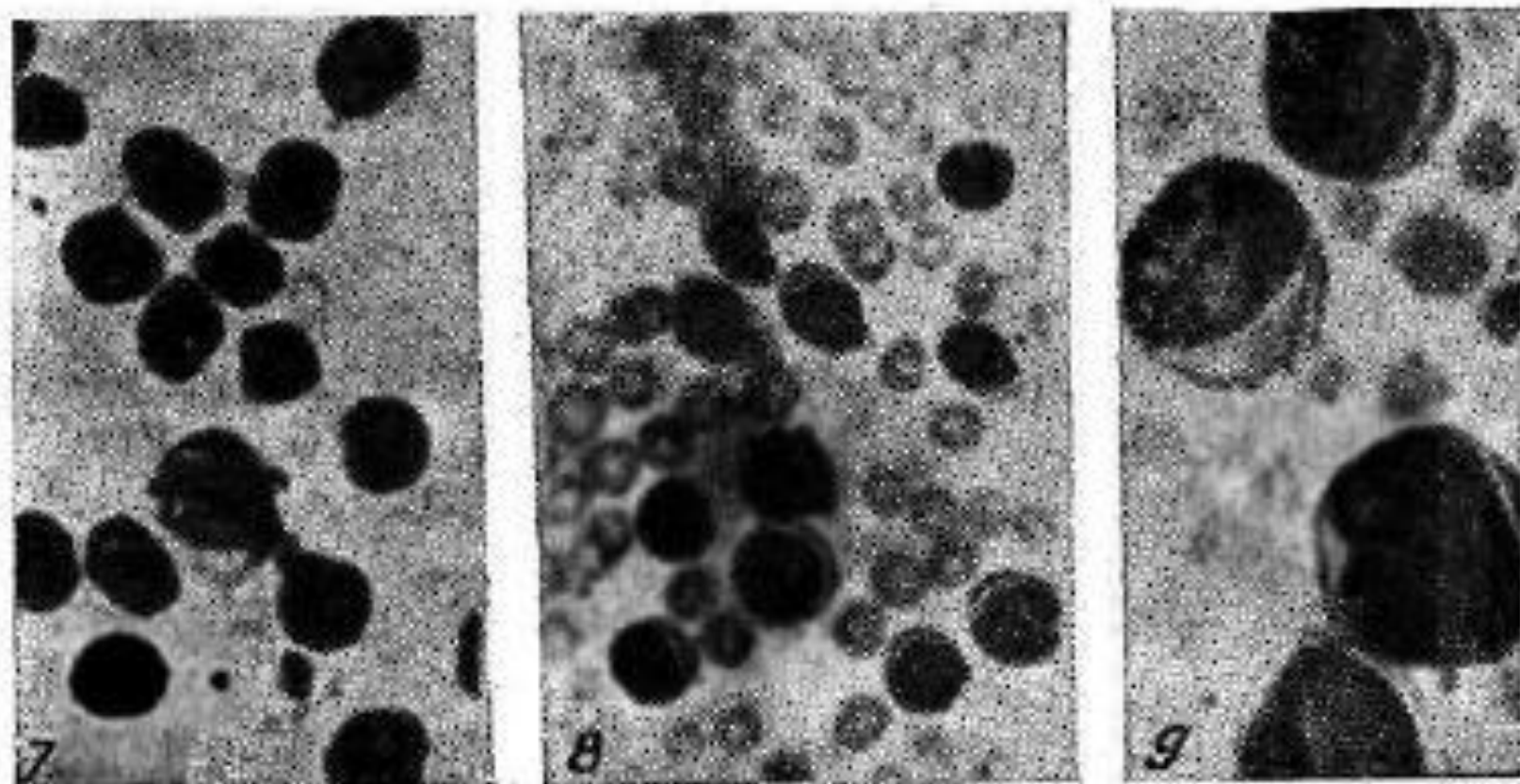


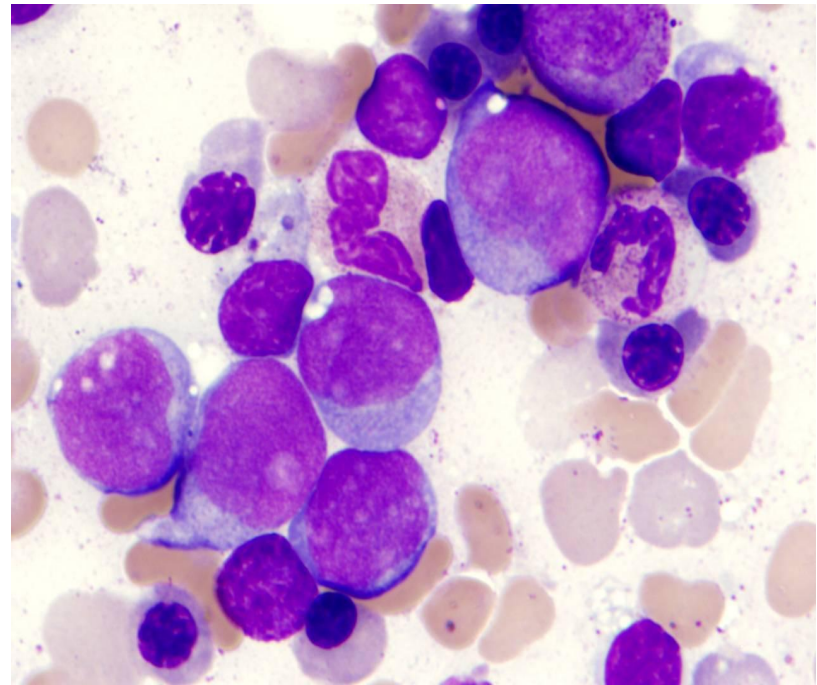
Рис. 7. Малые, средние и большие лимфоциты периферической крови (по Г. А. Симоняну).

Рис. 8. Лимфоциты, лимфоретикулярные клетки, ридеровская форма лимфоцита (по Г. А. Симоняну).

Рис. 9. Лимфобласты, пролимфоциты (по Г. А. Симоняну).

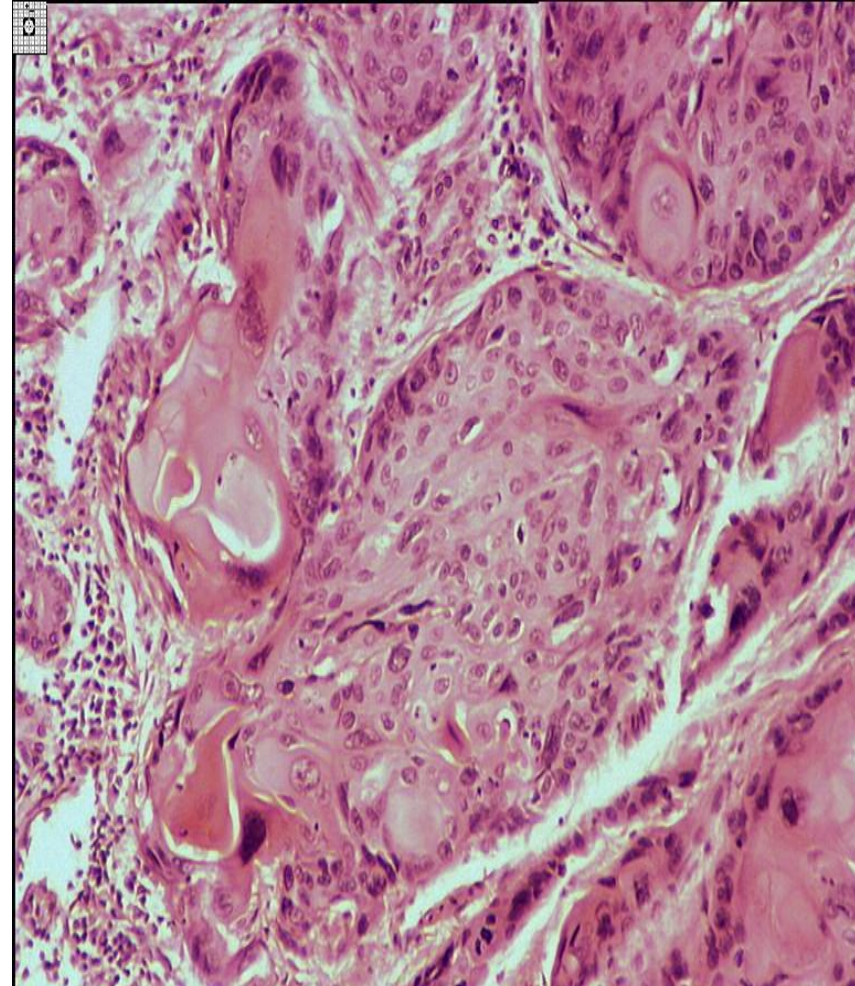
Цитохимическое изучение пунктата

- Цитохимическое изучение пунктата лимфатического узла при его остром воспалении выявило, что лимфобласты, пролимфоциты и лимфоциты, ретикулярные и плазматические клетки, макрофаги и клетки соединительной ткани содержат большое количество РНК



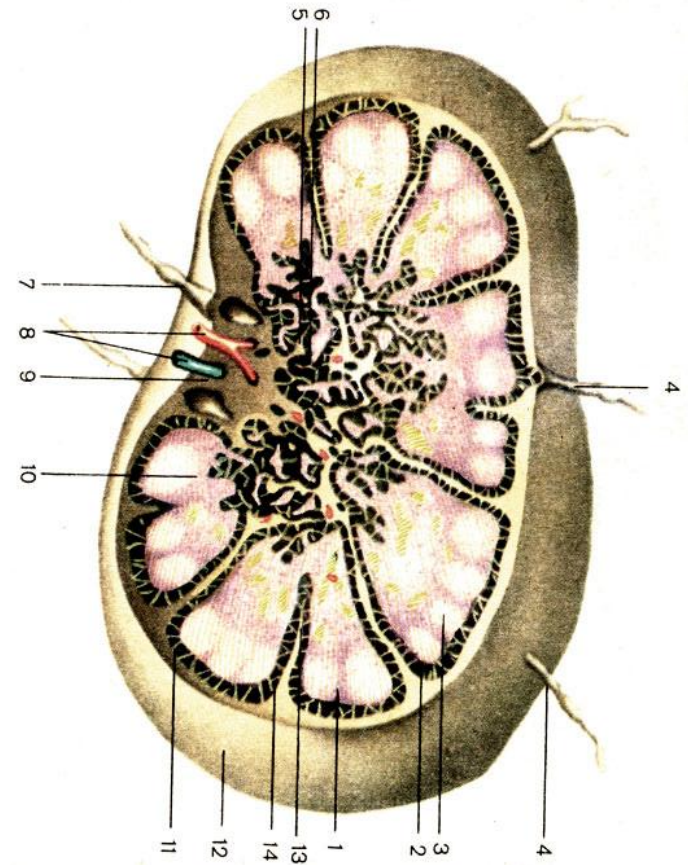
Патологическая анатомия лимфатического узла

- При лимфаденитах, вследствие набухания лимфатического узла, прекращается отток периферической лимфы и создаются наиболее оптимальные условия для накопления лимфоцитов и фагоцитов, а также максимального сближения лимфоцитов с макрофагами. В этом и проявляется барьерная функция лимфатического узла при развитии воспаления.
- Однако микробы могут нарушать барьерную функцию узла и даже размножаться в нем, а оттуда через некоторое время проникать в кровь.



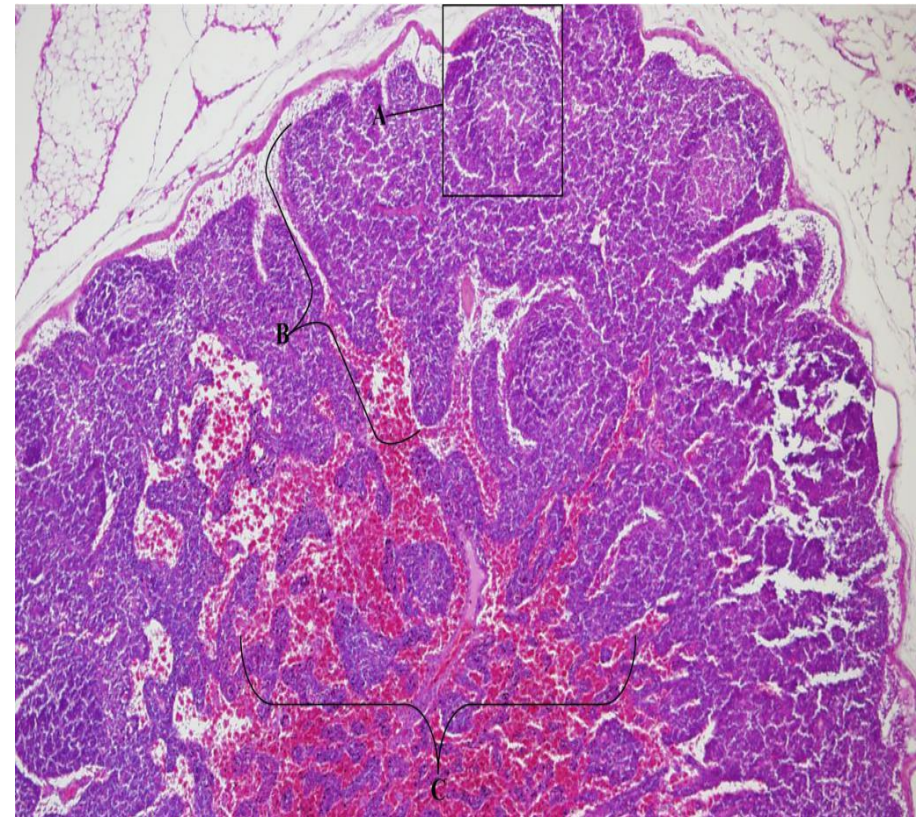
Строение лимфатического узла

- Лимфатические узлы, благодаря эластичности капсул, при воспалительных процессах могут депонировать значительное количество лимфы, увеличиваясь при этом в 2-3 раза по сравнению со своей первоначальной величиной, не теряя при этом функциональной способности



Хронический лимфаденит

- В хронической стадии лимфаденит характеризуется гиперплазией лимфоидных элементов, которые впоследствии замещаются соединительной тканью. Затяжной хронический процесс и перенесенное гнойное воспаление сопровождаются утолщением капсулы и разрастанием фиброзной ткани. Лимфатический узел сморщивается и превращается в фиброзный тяж, что нередко мы наблюдали



Классификация

Лимфадениты в зависимости от локализации входных ворот инфекции делятся на **одонтогенные, тонзиллогенные, риногенные, отогенные, стоматогенные дерматогенные.**

Они входят в группу вторичных лимфаденитов. Различают также **специфические и неспецифические** лимфадениты.

Классификация лимфаденита

- В зависимости от характера течения процесса выделяют
 - **Острые**
 - **хронические**
 - **обострившиеся хронические лимфадениты.**
- К острым формам заболевания относят:**
- **серозный**
 - **гнойный (абсцедирующий) лимфадениты.**
 - При воспалительной инфильтрации тканей, окружающих лимфатический узел, развивается **периаденит.**
 - Может возникать **адено-флегмона** - разлитое гнойное воспаление клетчатки, окружающей лимфатический узел

Гиперпластический лимфаденит

- **К хроническим воспалением лимфатического узла относят его гнойную форму, которая протекает с обострениями, и продуктивный (гиперпластический) лимфаденит.**



Одонтогенный лимфаденит

- В зависимости от локализации входных ворот инфекции у взрослых чаще встречаются острые одонтогенные лимфадениты, причиной которых являются периодонтиты, альвеолиты, периоститы, остеомиелиты, нагноившиеся кисты. Частота их возникновения, по нашим данным, составляет 40%.



Неодонтогенный лимфаденит

- К неодонтогенным лимфаденитам следует отнести воспалительные процессы в лимфатическом узле, которые возникают вследствие тонзиллитов, ринитов, инфицированных ран кожи и слизистой оболочки, отитов, фурункулов и карбункулов и др.
- Среди всех лимфаденитов челюстно-лицевой области особое место занимают так называемые **первичные лимфадениты**, при возникновении которых не удастся обнаружить их видимую связь с каким-либо патологическим очагом. Поданным В.С. Воронина и Л.М. Цепова (1973), у половины обследованных больных с этой патологией выявить входные ворота не удалось. Мы наблюдали первичные лимфадениты у 23% больных.

Клиника

- Проникая из очагов инфекции, микроорганизмы и их токсины могут поражать как лимфатические сосуды, так и лимфатические узлы.
- При вовлечении в воспалительный процесс лимфатических сосудов возникает **лимфангоит**.
- По клиническим признакам лимфангоиты делят на острые и хронические.
- Острый сетчатый (**ретикулярный**) лимфангоит наблюдается при вовлечении в воспалительный процесс поверхностной сети лимфатических сосудов.

Лимфангоит

- Вокруг основного очага инфекции образуются лимфангоиты, то есть они могут располагаться вокруг раны, фурункула, карбункула, абсцессов. На этой стадии заболевание характеризуется болезненностью и гиперемией места поражения. что напоминает рожистое воспаление. В дальнейшем появляются узкие красные полосы - воспаление лимфатических сосудов, идущих к регионарным лимфатическим узлам. При сетчатом лимфангоите нет такой яркости и четкости границ патологического процесса, как это бывает при роже



Стволовой лимфангоит

- Острый стволовой (*тункулярный*) лимфангоит наблюдается при воспалении более крупных лимфатических сосудов. На коже появляются от одной до нескольких ярко-красных довольно широких полос. Располагаются они по направлению от первичного очага до регионарного лимфатического узла. Появление этих полос связано с воспалительной гиперемией *vasa vasorum* лимфатического сосуда. По мере перехода воспалительного процесса на окружающие ткани и пропитывания их серозной жидкостью развивается перилимфангоит. Отмечается покраснение и увеличение отечности тканей, их болезненность и развитие симптомов интоксикации организма больного.



Поверхностные лимфангоиты лица

- В отличие от лимфангоитов конечностей, поверхностные лимфангоиты лица практически не диагностируются и самостоятельного значения как нозологическая категория не имеют.
- Глубокие лимфангоиты мы обнаруживали по ходу лицевой вены, особенно четко они пальпировались на наружной поверхности жевательной мышцы. В толще щеки, где глубокие лимфатические сосуды располагаются внутри жировой клетчатки, лимфангоиты были менее заметны. Реже они наблюдались по ходу зачелюстной вены.



- Среди регионарных лимфатических узлов наиболее часто поражаются поднижнечелюстные, подподбородочные, щечные, нижнечелюстные, околоушные и шейные.



Острый серозный лимфаденит

- **Острый серозный лимфаденит** характеризуется повышением температуры до $37,3-37,8^{\circ}\text{C}$, иногда она не изменяется.
- Ухудшается общее состояние больного.
- При осмотре определяется припухлость пораженной области, которая может распространяться на соседние участки. Кожа собирается в складку, цвет ее обычно не изменен.
- Пальпаторно определяется увеличенный лимфатический узел плотно- эластической консистенции, малоблезненный, подвижный, с гладкой поверхностью.

- В полости рта выявляются: одонтогенный очаг инфекции (периодонтит, альвеолит, периостит и др.). а при неодонтогенных лимфаденитах очаг инфекции может находиться на коже, слизистой оболочке, в миндалинах.
- Если серозное воспаление не переходит в гнойный процесс, то узлы уменьшаются в размерах и болезненность их исчезает. В течение нескольких недель (2-3) они приобретают свою обычную форму и консистенцию

Гнойный лимфаденит

- При **гнойном лимфадените** температура тела повышается до 37,5-39,0°C. Появляется недомогание, озноб, нарушение аппетита и сна. Припухлость лица имеет четкие контуры. Кожа над припухлостью может быть гиперемирована и напряжена. Отмечается резкая болезненность пальпируемого инфильтрата. Ткани вокруг лимфатического узла инфильтрируются (развивается периаденит). Узел становится малоподвижный, плотно-эластичной консистенции, может определяться флюктуация.

- Если происходит расплавление капсулы лимфатического узла и гной проникает в окружающую клетчатку, то возникает аденофлегмона.
- В результате проведенных исследований мы выявили, что гнойные лимфадениты и аденофлегмоны чаще возникают у sensibilized больных.
- Частота и выраженность микробной sensibilization к гемолитическому стафилококку коррелирует с тяжестью и распространенностью процесса. Так, резкая выраженность клинических симптомов (припухлость лица, боль, повышенная температура, местные симптомы), затяжное течение заболевания сочетались с положительной кожной реакцией на ++ или с одновременной кожно-аллергической реакцией на два и более микробных аллергена.

Хронический гиперпластический (продуктивный) лимфаденит

- **Хронический гиперпластический (продуктивный) лимфаденит** характеризуется невыраженной острой стадией, что связано с особенностями микрофлоры и ее слабой вирулентностью. Хронический воспалительный процесс в лимфатическом узле протекает волнообразно, периоды обострения чередуются с ремиссией (стиханием) воспалительных явлений. В хронической стадии заболевания общее состояние больного обычно не нарушается, лишь у некоторых обследуемых появляются жалобы на слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, головную боль, повышение температуры тела до 37,0-37,4°C.

- Клиника заболевания характеризуется увеличением лимфатического узла до различных размеров.
- Он безболезнен при пальпации, имеет округлую или овальную форму, плотно-эластическую консистенцию, ровные контуры, кожа над ним подвижная, цвет ее не изменен. При обострении воспалительных явлений клиническая картина не отличается от таковой при остром лимфадените.



- Изменение лабораторных показателей, наблюдаемое при воспалительных процессах в лимфатических узлах, зависит от формы и характера заболевания.
- Острые лимфадениты характеризуются увеличением числа лейкоцитов крови до $12-14 \cdot 10^9 / \text{л}$, а по данным В.С. Воронина и Л.М. Цепова (1973), количество лейкоцитов может достигать $33-35 \cdot 10^9 / \text{л}$.
- Увеличивается количество эозинофилов-до 10-12%, что указывает на определенное значение микробной сенсибилизации организма в развитии этого заболевания. Наблюдается нейтрофильный сдвиг влево. СОЭ достигает 42-54 мм/ч и находится в прямой зависимости от выраженности воспалительных явлений. У подавляющего числа больных с острым лимфаденитом челюстно-лицевой области изменений в моче не выявлено. У некоторых обследуемых наблюдалось появление белка (до 0,033%), лейкоцитов, эпителия, реже - цилиндров и эритроцитов

- Воспаление регионарных лимфатических узлов у **детей** возникает вследствие их инфицирования патогенной микрофлорой, проникающей из одонтогенных, стоматогенных и других очагов.
- Кроме того, лимфадениты могут возникать при гриппе, инфекционном мононуклеозе, детских инфекциях (корь, скарлатина, ветряная оспа), специфической инфекции (актиномикоз, туберкулез).
- Однако у многих детей (до 40%) установить источник инфекции не удается.



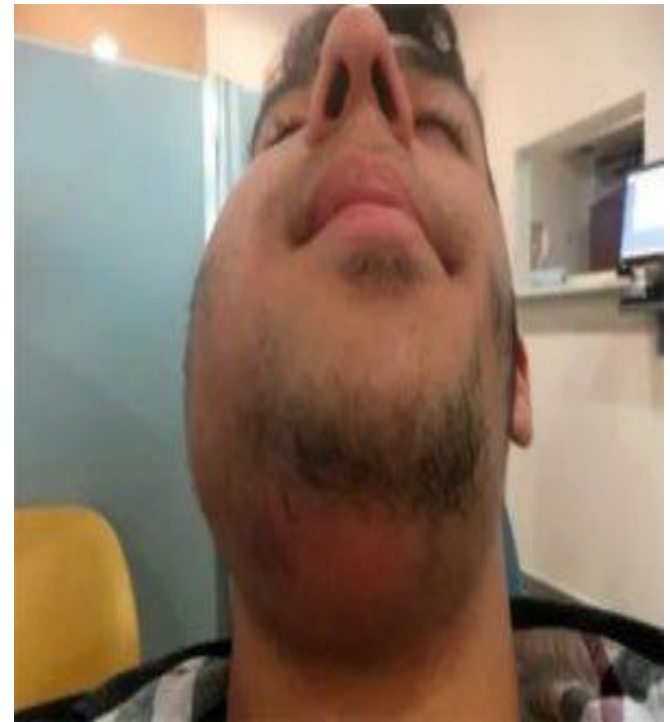
- На частоту и течение острого неспецифического лимфаденита в детском возрасте оказывают влияние анатомо-физиологические особенности детского организма, а также предшествующие и сопутствующие заболевания.
- У половины детей, госпитализированных по поводу острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, были выявлены лимфадениты и аденофлегмоны.
- Особенно часто возникают эти патологические поражения у детей в возрасте до 3 лет, что объясняется низкими барьерными свойствами челюстно-лицевой области у них в этот период.



- Причиной развития лимфаденитов в этом возрасте являются неodontогенные очаги инфекции. В последующие годы возрастает роль одонтогенных очагов, и в 7-9 лет она становится максимальной. Это связано с увеличением интенсивности поражения зубов кариесом. По наблюдениям Т.Н. Назаровой (1973). число острых одонтогенных воспалительных процессов у детей увеличивается в летнее время, так как в этот период они чаще подвергаются перегреванию и переохлаждению.

- По мнению И.Л. Чеховой (1994) лимфаденит челюстно-лицевой области и шеи у детей является наиболее распространенным заболеванием и составляет 33,7% от всех воспалительных процессов.
- Чаще (88% случаев) встречаются лимфадениты неодонтогенного происхождения (у детей до 6 лет), лимфадениты одонтогенного происхождения - в 12% случаев

- Несовершенство тканевого барьера способствует быстрому переходу одной нозологической формы заболевания в другую: серозный лимфаденит - гнойный лимфаденит - периаденит - аденофлегмона. Общие реакции часто опережают развитие местных воспалительных проявлений. Общие клинические симптомы заболевания выступают на первый план, что иногда служит причиной диагностических ошибок.



- При изучении иммунологических сдвигов у детей с лимфаденитами челюстно-лицевой области Ю.А. Юсубов и Л. В. Харопов (1983) выявили у них снижение числа Т-лимфоцитов. Оно зависело от фазы воспаления.
- Так, резкое снижение уровня Т-лимфоцитов наблюдалось у больных с аденофлегмонами.

- **У людей пожилого возраста** течение лимфаденитов имеет свои особенности. Воспалительный процесс у них протекает медленно. Аденофлегмоны являются редким осложнением, они носят ограниченный характер, напоминая осумкованный абсцесс. Лимфадениты одонтогенного происхождения необходимо дифференцировать со многими заболеваниями, свойственными людям пожилого возраста.
- Так, у стариков можно наблюдать увеличение шейных и поднижнечелюстных лимфатических узлов, возникшее на почве туберкулезной интоксикации, перенесенной еще в детстве. Иногда в этих узлах появляются очаги петрификата, что затрудняет их дифференциальную диагностику со слюнокаменной болезнью или флеболитами.
- В пожилом возрасте чаще встречаются так называемые хронические продуктивные сialoadениты, воспалительная природа которых с достоверностью не установлена. Порой они очень напоминают хронические сialoadениты, особенно в области околоушных желез.

- Иногда хронический субмаксиллит принимают за лимфаденит и безуспешно лечат консервативным путем. Вместе с тем, длительно существующий и значительно увеличенный лимфатический узел лучше удалить, даже если он не беспокоит пациента.
- Иногда под видом лимфаденита скрывается смешанная опухоль или дермоидная киста, и, что самое опасное, - метастаз злокачественной опухоли, первичный очаг которой не всегда удастся сразу установить. Развитие банальных лимфаденитов у людей пожилого возраста само по себе не представляет опасности для их здоровья и жизни, но следует помнить, что под их признаками могут скрываться такие заболевания как лейкоз, лимфогранулематоз, лимфосаркоматоз, мета-стазы опухолей и другие новообразования.
- У людей пожилого возраста лимфадениты встречаются реже, чем у людей других возрастных групп. У стариков они протекают менее бурно, чем у молодых, и чрезвычайно редко осложняются сепсисом, но период реабилитации у них более длительный.

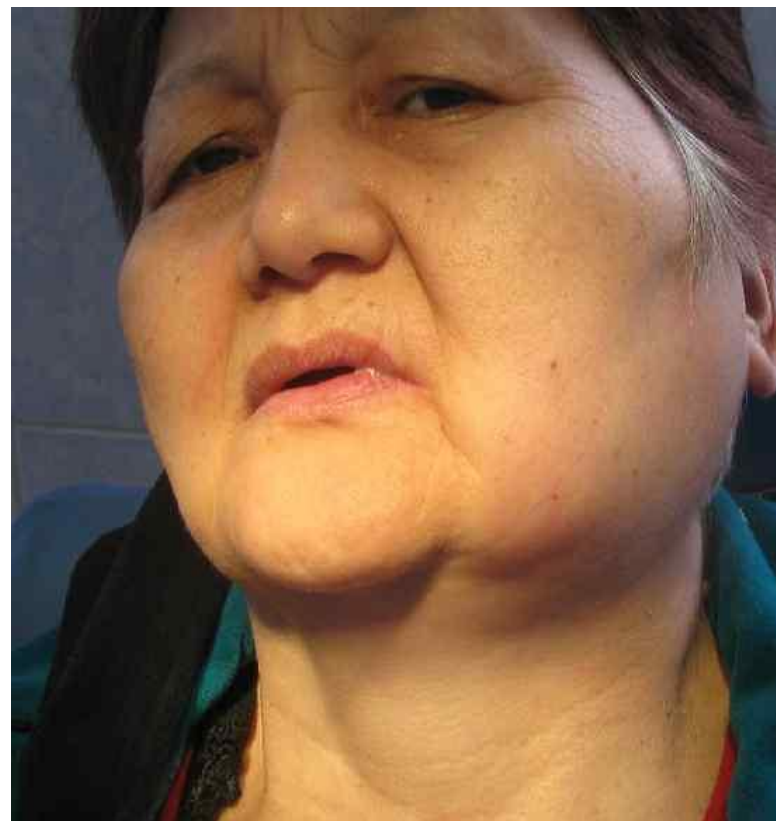
Диагностика

Клиническое течение лимфаденитов челюстно-лицевой области изменилось. В практической деятельности врача все чаще встречаются случаи нетипичного течения лимфаденитов. Отмечено несоответствие между его местными проявлениями и общей реакцией организма больного. Острые серозные лимфадениты часто сопровождаются выраженной интоксикацией организма, в то время как гнойные лимфадениты и аденофлегмоны могут протекать относительно спокойно, без выраженной общей реакции. В последние годы все чаще стали наблюдаться, в области лимфатических узлов, быстро развивающиеся гнойно-воспалительные процессы, когда нагноение появляется уже на 1-2-е сутки от начала развития заболевания.

- В связи с этим возникают трудности в проведении дифференциальной диагностики этого заболевания. Частота диагностических ошибок при установлении диагноза лимфаденита (на разных его стадиях) колеблется от 26 до 56,3%.
- Неспецифические лимфадениты челюстно-лицевой области необходимо дифференцировать с одонтогенными абсцессами и флегмонами; одонтогенной подкожной гранулемой лица, сиалоаденитом: нагноившейся атеромой, дермоидными и эпидермоидными кистами; специфическими лимфаденитами: лимфогранулематозом: лимфолейкозом; опухолями и опухолеподобными образованиями

Ложный паротит Герценберга

- При остром воспалении околоушных лимфатических узлов, локализующихся под около-ушно-жевательной фасцией или в толще большой слюнной железы, возникает так называемый **ложный паротит Герценберга**.
- Возникновение этого заболевания связано с поступлением инфекции из носовой части глотки и миндалин, которое происходит при затрудненном прорезывании зубов мудрости. Пальпаторно определяется плотный болезненный инфильтрат, подвижность его ограничена. Цвет кожных покровов обычно не изменен. Из околоушного протока выделяется прозрачная слюна



- Дермоидные и эпидермоидные кисты лица клинически могут быть сходными с хроническим лимфаденитом. Пункция кисты и получение характерного пунктата облегчает диагностику. В последние годы для дифференциальной диагностики мы используем метод непрямо́й лимфографии лица и шеи. Данные лимфограммы с большой достоверностью дают возможность установить правильный диагноз.
- При проведении дифференциальной диагностики кисты сальной железы с атеромой необходимо помнить, что киста сальной железы растет чрезвычайно медленно и может беспокоить больных только при нагноении. Атерома обычно имеет шаровидную форму, покрыта неизменной кожей. Только в тех случаях, когда она существует на протяжении ряда лет, кожа над ней может истончаться, лосниться и приобретать буровато-коричневый цвет.

- Кожа над атеромой подвижна и только в одном месте всегда спаяна с оболочкой кисты - в области выводного протока сальной железы. В этом месте обычно можно обнаружить ее небольшую точечную втянутость. Кардинальным признаком, позволяющим клинически отличить атерому от воспаленного лимфатического узла, является точечная втянутость кожи в области выводного протока сальной железы и спаянность в этом же месте кожи с оболочкой кисты. При пункции из атеромы извлекают белую кашицеобразную массу со зловонным запахом.



Постгриппозные лимфадениты

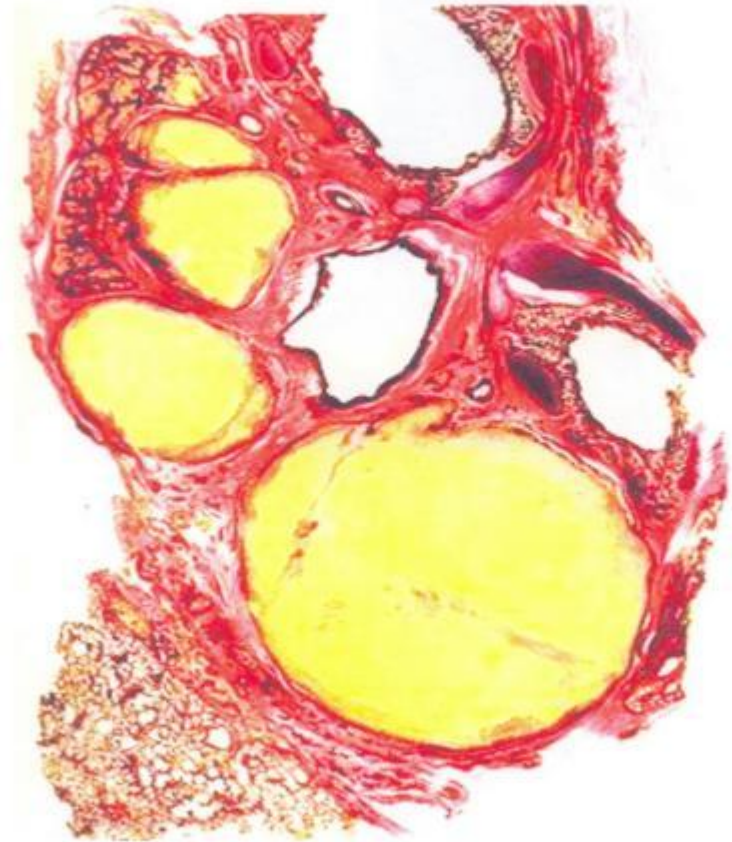
- В последние годы стали все чаще встречаться **постгриппозные лимфадениты**. В анамнезе заболевания - предшествовал грипп. Морфологически наряду с некротическими очагами в лимфоузле имеется обширная экссудация с примесью крови. Поэтому при определении флюктуации и вскрытии очага врач получает экссудат с кровью, что подтверждает диагноз постгриппозного лимфаденита.



Туберкулезный лимфадените

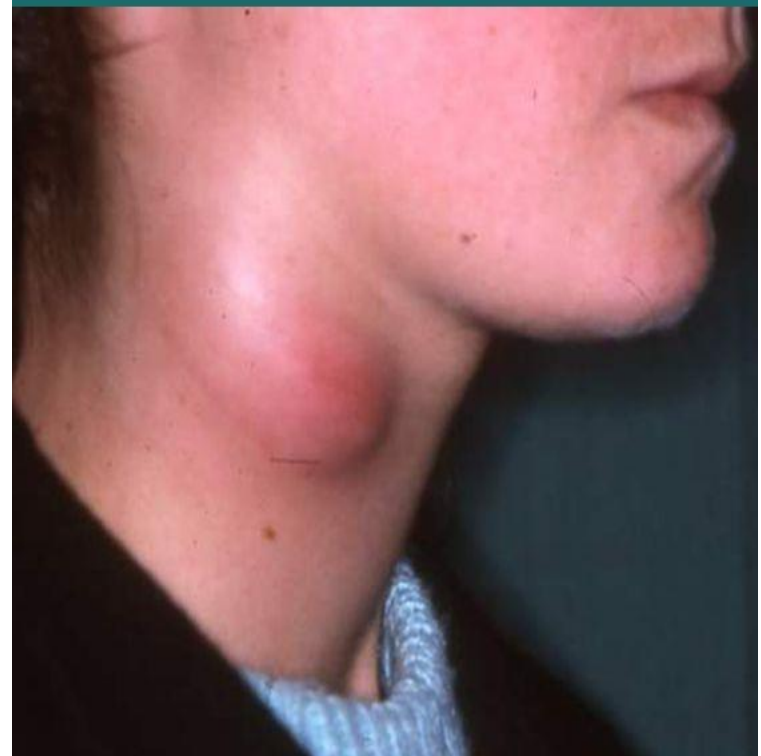
- При **туберкулезном лимфадените** чаще поражаются шейные лимфатические узлы. В процесс вовлекаются несколько узлов, они медленно увеличиваются, соединяются между собой в так называемые пакеты, образуя плотные конгломераты с бугристой поверхностью. Все узлы находятся на разных стадиях развития (в одних - творожистый некроз, в других - гнойное расплавление и т. п.).
- Может наблюдаться как одностороннее, так и двустороннее поражение лимфатических узлов. При осмотре полости рта первичные патологические очаги не обнаруживаются. Характерным является длительный субфебрилитет. Реакция Пирке и Манту положительные. При рентгеноскопии можно выявить изменения в легких. В пунктате лимфатического узла у больных с туберкулезным лимфаденитом выявляются гигантские клетки Пирогова-Лангханса.

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ЛИМФАДЕНИТ



Сифилитический лимфаденит

- **Сифилитический лимфаденит** возникает через 1 неделю после появления твердого шанкра. Имеется прямая зависимость локализации пораженного лимфатического узла от расположения твердого шанкра. При этом заболевании лимфатический узел может достигать больших размеров. Он безболезнен и имеет хрящеподобную консистенцию. Отличительной особенностью сифилитического лимфаденита является значительная твердость лимфатического узла, возникающая за счет склерозирования. Это дало основание тому, чтобы назвать данный лимфаденит *скпероаденитом*. При этом патологическом процессе узлы остаются не спаянными между собой и окружающими тканями и могут располагаться в виде цепочки. Особенностью сифилитического лимфаденита является то, что он никогда не сопровождается нагноением. Реакция Вассермана положительная. В пунктате - бледные трепонемы.



Актиномикотическое поражение лимфатических узлов

- **Актиномикотическое поражение** лимфатических узлов характеризуется вялым течением.

- Сначала увеличиваются лимфатические узлы, а затем в процесс вовлекаются окружающие ткани и возникает периаденит. В дальнейшем в центре очага наблюдается размягчение, кожа над ним истончается, и приобретает сине-багровый цвет. Содержимое лимфатического узла может прорываться наружу, при этом образуется свищ, вокруг которого отмечается скле-розирование ткани, и поэтому он кажется втянутым

- . Заболевание развивается медленно, периоды ремиссии сменяются обострениями воспалительных явлений. Внутрикожная проба с ак-тинолизатом положительная. В отделяемом находят большое количество друз актиномицетов. Характерной особенностью актиномикотического лимфаденита является отсутствие положительного эффекта от обычной терапии.



Болезнь от кошачьих царапин

- Сходную картину с неспецифическим лимфаденитом имеет **болезнь от кошачьих царапин**
- (синоним: *лимфаденит доброкачественный вирусный, доброкачественный лимфоре-тикулез, гранулема Малларе, фелиноз*) - инфекционное заболевание, которое вызывается микроорганизмом, проникающим в организм человека через поврежденную кожу (царапины, укусы).
- Характеризуется образованием первичного аффекта в виде нагнаивающей папулы с последующим развитием регионарного лимфаденита.



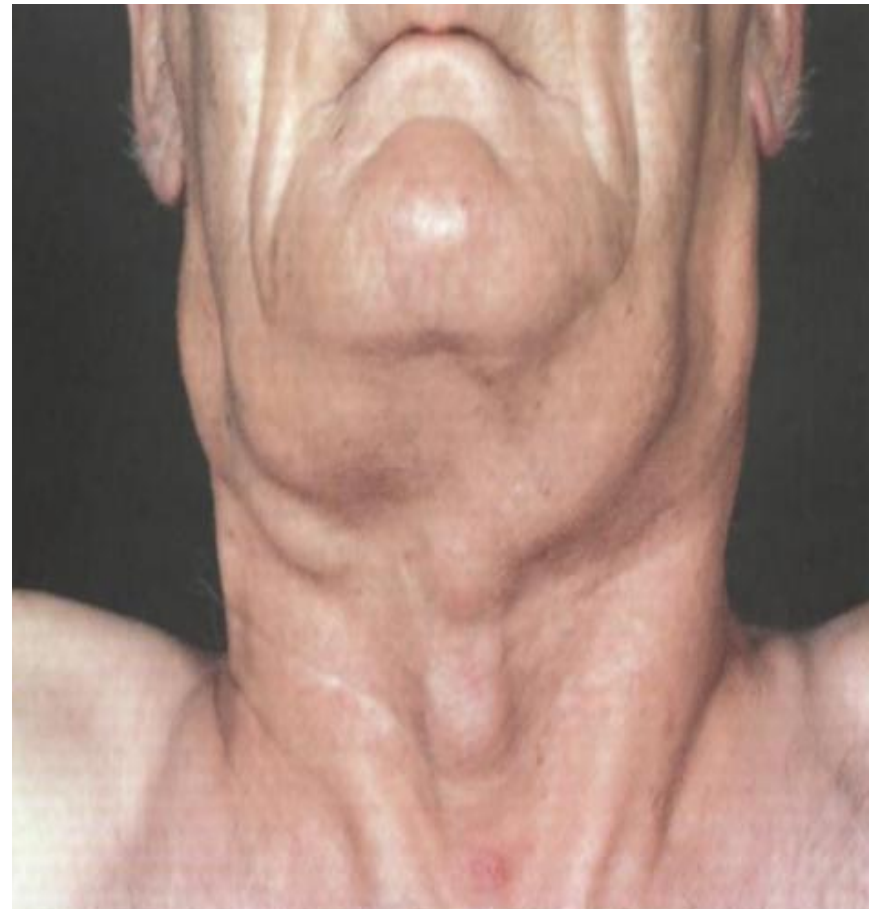
Лимфогранулематоз

- **Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина)** сопровождается увеличением шейных лимфатических узлов, которые бывают различной величины и плотности, могут располагаться как одиночно, так и группами, в виде цепочки. В поздних стадиях заболевания они становятся плотными, малоподвижными. Одновременно отмечается увеличение лимфатических узлов в других областях тела. Лимфатические узлы имеют неравномерную плотность и могут образовывать конгломераты. Для клинической симптоматики лимфогранулематоза характерны: зуд кожи, потливость, волнообразная температурная реакция, эозинофилия, в пунктате обнаруживаются клетки Березовского-Штернберга.



Лимфолейкозе

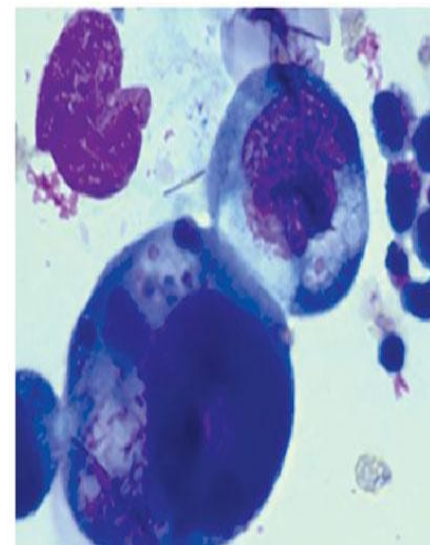
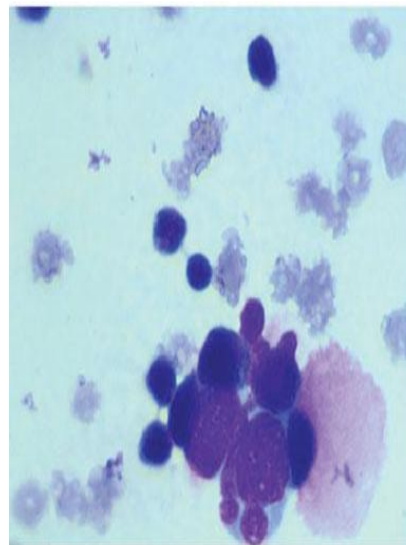
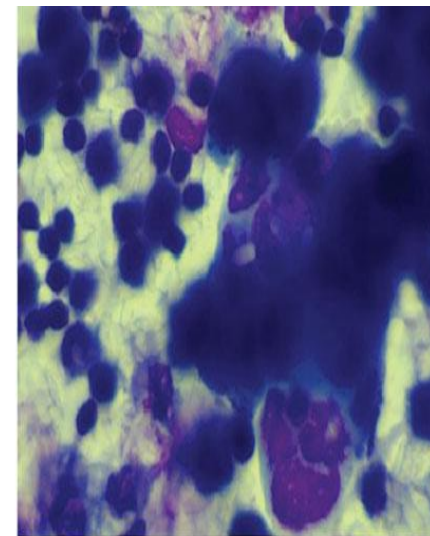
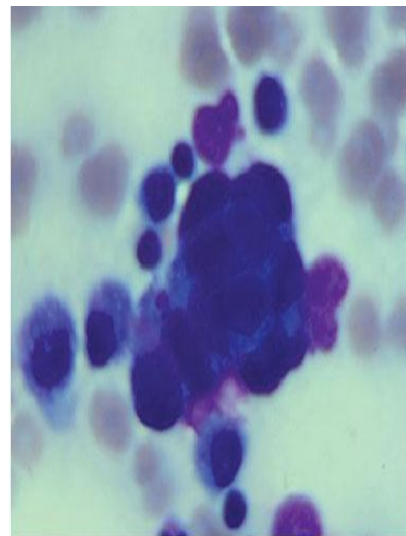
- При **лимфолейкозе** наблюдается увеличение размеров шейных лимфатических узлов, которое можно заметить уже в начале заболевания.
- В крови отмечается увеличение числа лимфоцитов (до 98%), появление пролимфоцитов и даже лимфобластов. Характерными для хронического лимфолейкоза являются так называемые тени Боткина- Гумпрехта - разрушенные при приготовлении мазка ядра лимфоцитов, в которых среди глыбок хроматина можно заметить нуклеолы. Заболевание чаще встречается у детей.



Морфологические исследования

- **Для морфологического подтверждения диагноза** необходимо проводить цитологическое исследование пунктата лимфатического узла (А.Г. Кац и соавт., 1985).
- Пункционную биопсию в нашей клинике выполняют иглой М.М. Медвинской (1965). При необходимости проводят инцизионную и эксцизионную биопсию. Мы предложили новый метод диагностики, который заключается в том, что в мазках крови, одновременно взятых из воспалительного очага и пальца, определяют соотношение числа нейтрофильных гранулоцитов и лимфоцитов в обеих пробах.
- При увеличении более чем в 1,25 раза числа лимфоцитов в пробе крови, полученной из воспалительного очага, по сравнению с пробой, взятой из пальца, устанавливают диагноз острого лимфаденита, а при увеличении в очаге числа нейтрофильных гранулоцитов в 1,23-1,5 раза -серозного воспаления мягких тканей (воспалительный инфильтрат)

- Цитологическое исследование пунктатов, полученных при неспецифических и специфических поражениях лимфатических узлов, в большинстве случаев позволяет сделать заключение о морфологическом субстрате
- Начальные стадии воспалительных изменений, возникающих при специфических и неспецифических поражениях, имеют много сходных цитологических данных, что указывает на их низкое дифференциальное значение



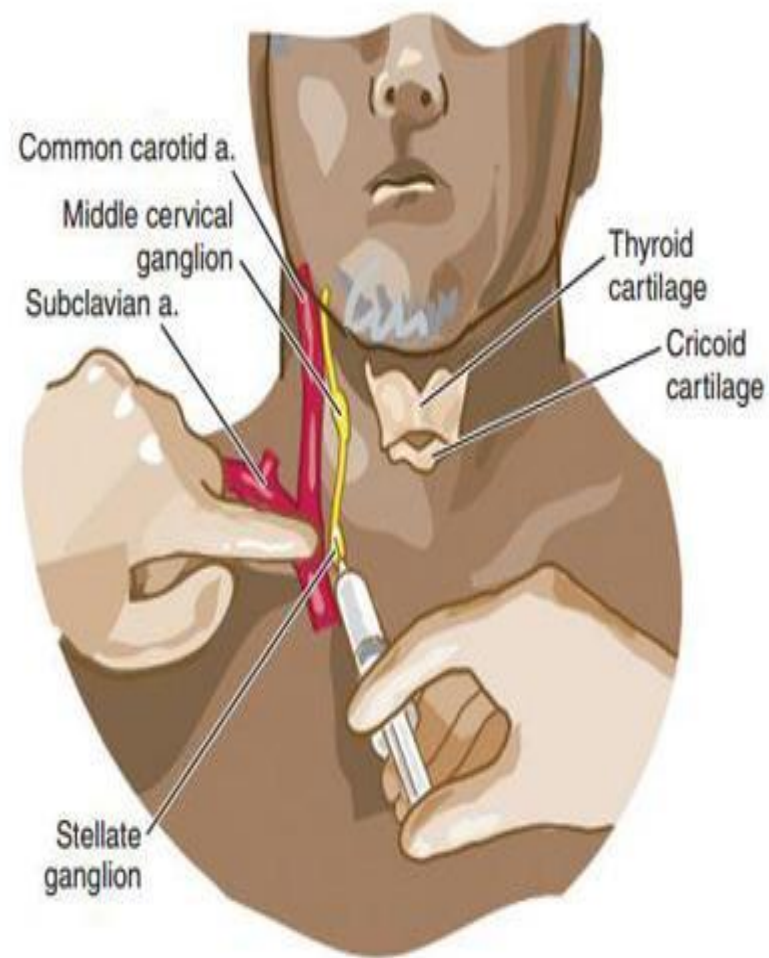
Лечение острых лимфаденитов

- **Лечение** острых лимфаденитов осуществляется в соответствии с теми же принципами, что и лечение острых воспалительных заболеваний мягких тканей. Учитывая то, что большинство лимфаденитов являются вторичными заболеваниями, прежде всего необходимо не только выявить, но и обязательно устранить первичный очаг инфекции.
- Если лимфаденит имеет одонтогенное происхождение, то проводят вмешательства, направленные на ликвидацию одонто-генного очага инфекции. Параллельно воздействуют на пораженный лимфатический узел.

- При серозных лимфаденитах А.Г Кац (1981) рекомендует применять новокаиновые блокады
- Для инфильтрации мягких тканей он предлагает вводить вокруг лимфатического узла (в 2-3 точки) 0,25- 0,5% раствор новокаина в количестве 25-50 мл., 150 000 ЕД пенициллина, антисептики нитрофуранового ряда или 0,02% раствор фурацилина

- Тимофеевым и соавтрами разработан и апробирован в клинике способ лечения серозных лимфаденитов челюстно-лицевой области и шеи.
- Он заключается в применении новокаиновых блокад шейных симпатических ганглиев - верхнего шейного и звездчатого ганглия на стороне поражения. Блокады выполняют ежедневно в течение 4-5 дней. Следует напомнить лишь то, что в воспаленных тканях симпатические нервы находятся в состоянии парабиоза. Исследованиями С.П Протопопова (1964) доказано, что новокаиновые блокады улучшают функциональное состояние нерва.
- Это обстоятельство использовалось нами при разработке способа лечения острых одонтогенных лимфаденитов, проводимого путем воздействий с помощью новокаиновых блокад на шейные симпатические ганглии

- При госпитализации больных острыми воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи в стадии серозного воспаления (серозный лимфаденит и серозное воспаление клетчатки) проводят блокаду верхнего шейного симпатического ганглия, а при локализации воспалительного очага в области верхней и средней трети шеи - блокаду звездчатого ганглия



Блокаду верхнего шейного симпатического ганглия

- **Блокаду верхнего шейного симпатического ганглия выполняют следующим образом:**
- *На границе верхней и средней трети длины грудино-ключично-сосцевидной мышцы, по заднему ее краю. делают вкол иглы длиной 5-7 см (в зависимости от индивидуальных анатомических особенностей шеи) и продвигают ее до боковых отростков II-III шейных позвонков. вводят 5 мл 1 %-2% раствора новокаина.*

Блокада звездчатого ганглия

- **Блокаду звездчатого ганглия проводят следующим образом:**
- *Определяют точку, где находится середина линии, соединяющая перстневидный хрящ и грудино-ключичное сочленение, в проекции этой точки на передний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы делают вкол иглы и проводят ее к поперечным отросткам нижних шейных позвонков (здесь располагается звездчатый ганглий, который объединяет нижний шейный и первый грудной симпатические узлы), вводят 5 мл 1%-2% раствора новокаина*

- Об эффективности проведенной блокады шейных симпатических узлов судят по появлению на соответствующей стороне симптомов комплекса, именуемого **синдромом Бернара- Горнера:**
- **сужение зрачка (миоз)**
- **западение глазного яблока (анофтальм)**
- **опущение верхнего века (птоз)**
- **покраснение кожи лица, увеличение слюноотделения.**

Такие блокады проводят ежедневно в течение 4-5 дней без применения других видов лечения.

- Новокаиновые блокады шейных симпатических узлов (ганглиев) повышают содержание лизоцима в смешанной слюне - естественного фактора местной неспецифической резистентности полости рта
- Таким образом, данный способ лечения позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре и снизить процент осложнений течения заболевания более чем в 4 раза
- Этим больным можно не проводить антибактериальное и другие виды медикаментозного лечения, что имеет большое значение при наличии у больных аллергии к лекарственным антибактериальным препаратам и позволяет таким путем повысить экономический эффект от применения предлагаемого способа лечения

- В начальной стадии заболевания (стадии серозного воспаления) наиболее широкое применение находят физиотерапевтические воздействия.
- УВЧ в атермической дозе, СВЧ,
- полуспиртовые компрессы
- электрофорез с ферментами, компрессы с димексидом и др
- Хороший эффект дает облучение гелий-неоновым лазерным лучом Используются противовоспалительные и обезболивающие параметры излучения, мощность 100-200 мВт/см² экспозиция - 1-2 мин, количество сеансов - от 3 до 5.

- Авторы предлагают проводить электрофорез с димексидом, а больным со сниженной иммунологической реактивностью организма назначать иммуностимулятор левамизол. Положительный эффект получен при активной иммунизации больных стафилококковым анатоксином.



- Если в процессе консервативного лечения острого лимфаденита отмечается нарастание воспалительных явлений, то необходимо прибегнуть к проведению оперативного вмешательства по поводу вскрытия аденоабсцесса. При этом одновременно удаляют **расплавленный лимфатический узел.**
- **Во время удаления тканей расплавленного лимфатического узла следует стремиться не повредить его капсулу - естественный демаркационный барьер.**

- При хроническом лимфадените мы проводим мероприятия, направленные на повышение иммунологической реактивности организма больного, а также назначаем ему физиотерапевтическое лечение электрофорез йодида калия, фонофорез, УВЧ- терапию, парафинотерапию, облучение инфракрасными лучами в сочетании с электрофорезом лидазы
- Если указанное лечение не приводит к ликвидации воспалительного очага, то проводим хирургическое вмешательство
- Чаще всего это наблюдается в том случае, если врач не может установить источник инфекции, который явился причиной развития лимфаденит

Спасибо за внимание!