

Лимфаденит-

- – это острое или хроническое воспаление лимфатического узла. Среди регионарных лимфатических узлов наиболее часто поражаются поднижнечелюстные, подподбородочные, щечные, околоушные, шейные
- Среди этиологических факторов возникновения лимфаденитов выделяют **острые респираторные вирусные инфекции, одонтогенную инфекцию, стоматогенные, тонзиллогенные, отогенные, посттравматические, постинфекционные, воспалительные заболевания специфическую инфекцию**



Классификация:

- **Неспецифический** лимфаденит: острый и хронический
острый: серозный, гнойный (абсцедирующий), аденофлегмона;
хронический: продуктивный, абсцедирующий;
- **Специфический** лимфаденит: туберкулезные, сифилитические, актиномикотические, вирусные, вакцинальные.

Острый лимфаденит:

Жалобы:

- - боли и припухлость в области пораженного узла или группы узлов;
 - неловкости при движении головой;
 - болезненное открывание рта;
 - появление болезненного «шарика» под кожей;
 - гиперемия кожи, болезненность при пальпации;
 - повышение температуры тела.

Анамнез:

- длительность заболевания;
- предшествующие травмы в области расположения лимфоузлов;
- воспаление слизистой оболочки полости рта или кожных покровов;
- оперативное вмешательство (удаление зуба);
- острое респираторное заболевание, тонзиллит;
- периодонтит, периостит, остеомиелит.

Общий осмотр:

- асимметрия лица за счет отека мягких тканей;
- болезненное открывание рта;
- кожа над ними не изменена в цвете, либо гиперемирована;

Пальпация:

- лимфатический узел подвижный, болезненный;
- округлой или овальной формы, диаметром до 2-3 см;
- плотноэластической консистенции;
- повышение температуры кожи над инфильтратом;

Хронический лимфаденит:

Жалобы:

- неловкости при движении головой;
- появление болезненного «шарика» под кожей;

Анамнез:

- длительность заболевания в течение 1 месяца и более.

Общий осмотр:

-
- ограничение подвижности шеи;

Пальпация:

- лимфатический узел увеличен, подвижный, безболезненный;
- округлой или овальной формы, диаметром более 3 см;
- мягкоэластической консистенции.

- **Лабораторные исследования:**

- ОАК – умеренно выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, относительный лимфоцитоз, ускоренное СОЭ,

- Биохимический анализ крови и отклонения от нормы характерные для острой фазы воспаления; при хронических формах лабораторные исследования без изменений.

Инструментальные исследования:

- УЗИ лимфатических узлов лица и шеи: увеличение лимфатического узла, напряжение его капсулы, усиление сосудистого рисунка, расширение корковой и околокорковой зон, отек и разволокнение капсулы, расширение синусов, в лимфатическом узле единичные анэхогенные "кистозные" структуры, в дальнейшем может происходить абсцедирование;

Показания для консультации узких специалистов:

- Врач-терапевт, врач-педиатр, врач-инфекционист: для исключения неодонтогенной природы лимфаденита

Основные клинические дифференциально-диагностические критерии

1. Острый сialoadenит-отек, гиперемия, гнойное отделяемое из устьев выводных протоков слюнных желез, увеличение размеров желез.
2. Метастазы злокачественных опухолей-лимфатические узлы плотные, малоподвижные, иногда спаянные с окружающими тканями, безболезненные. Снижение веса, бледность кожных покровов.
3. Одонтогенные абсцессы и флегмоны- местные признаки воспаления в виде инфильтрации тканей, гиперемии кожных покровов выражены гораздо ярче. Более выраженные симптомы интоксикации.

Лечение:

- **Цели лечения:**

- Определение и лечение источника воспалительного процесса;
- Купирование острого и хронического процесса в лимфатическом узле.

Тактика лечения [3,6,10,11,].

1. Клинико-рентгенологическое обследование;
2. Оперативное лечение;
3. Медикаментозное лечение;
4. Профилактические мероприятия;
5. Другие виды лечения (физиолечение, ЛФК, массаж и др).

Немедикаментозное лечение:

- Режим в раннем послеоперационном периоде – полупостельный, в послеоперационном периоде – общий. При консервативном лечении – общий.
- Диета стол - после хирургического лечения – №1а,1б, в последующем №15.

- Лечение следует начинать с устранения инфекционно-воспалительного очага в челюсти — *удаления «причинного» зуба или резекции верхушки его корня с удалением гранулемы.*
- - При наличии свища под местной анестезией проводят хирургический кюретаж с удалением грануляционной ткани на всем протяжении свищевого хода.
- - При абсцедировании — проводят операцию, хирургическую обработку гнойного очага: разрезом кожи по краю зоны флюктуации опорожняют абсцесс и тщательно удаляют (выскабливают) грануляционную ткань как в области дна гнойной раны, так и в области истонченных краев кожи, расположенных над гнойной раной. Края раны сближают импровизированными швами, истонченную кожу при этом не удаляют, так как в последующем она восстанавливает свой первоначальный вид. Если после выскабливания грануляций возникает значительный дефект в глубоких тканях, в образовавшуюся полость вводят йодоформную марлевую турунду, которую затем постепенно подтягивают при перевязках. Так можно избежать развития деформации в виде западения тканей на месте удаленной

Медикаментозное лечение:

- **Антибиотики: Цефазолин**

порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг и 1000 мг 1 г в/в (детям из расчета 50 мг/кг однократно) 1 раз за 30-60 минут до разреза кожных покровов; при хирургических операциях продолжительностью 2 часа и более – дополнительно 0,5-1 г во время операции и по 0,5-1 г каждые 6-8 часов в течение суток после операции с целью профилактики воспалительных реакций

- **Нестероидные противовоспалительные средства: Кетопрофен**

раствор для инъекций 100 мг/2мл по 2 мл
150мг пролонгированный перорально или
100мг.суточная доза при в/в составляет 200-300 мг (не должна превышать 300 мг), далее пероральное применение пролонгированные 150мг 1 раз в день или 100 мг 2 раза в день.
Длительность лечения при в/в не должна превышать 48 часов.
Длительность общего применения не должна превышать 5-7 дней, с противовоспалительной, жаропонижающей и болеутоляющей целью.

- **Гемостатические средства: Этамзилат**
раствор для инъекций 12,5% - 2 мл4-6 мл 12,5 % раствора в сутки.
Детям, вводят однократно внутривенно или внутримышечно по 0,5-2 мл с учетом массы тела (10-15 мг/кг). При опасности послеоперационного кровотечения вводят с профилактической целью
- **Антибактериальные препараты:Амоксицилин клавулановая кислота** (препарат выбора)Внутривенно
Взрослые: 1,2 г каждые 6-8 ч.
Дети: 40-60 мг/кг/сут (по амоксициллину) в 3 введения. При развитии одонтогенного периостита и остеомиелита, курс лечения 7-10 дней
- **Линкомицин** (альтернативный препарат)Применяют внутримышечно, внутривенно (только капельно). Вводить внутривенно без предварительного разведения нельзя.
Взрослые: 0,6-1,2 каждые 12 ч.
Дети: 10-20 мг/кг/сут в 2 введения. При развитии одонтогенного периостита и остеомиелита, курс лечения 7-10 дней

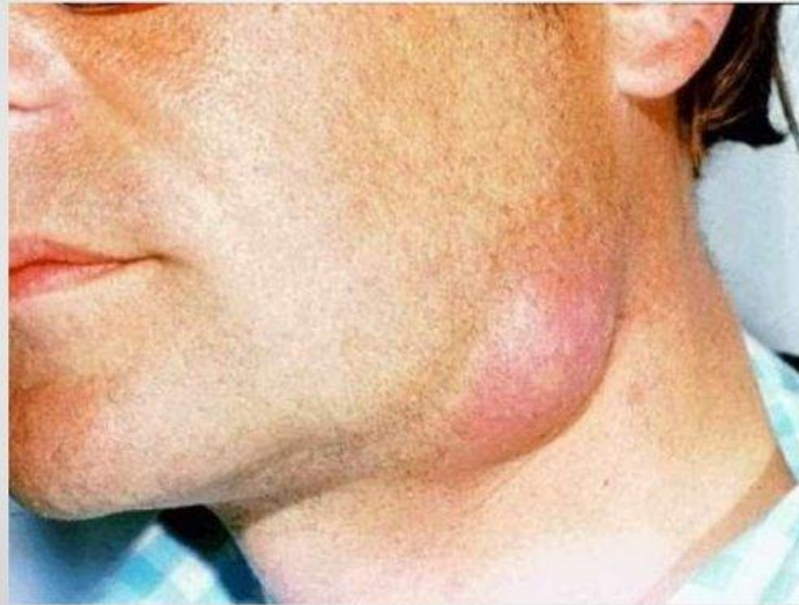
- **Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:**
 - УВЧ - терапия - при острых серозных лимфаденитах
 - лечение «причинных» зубов и болезней носоглотки.

Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне:

- физиолечение (УВЧ - терапия, электрофорез, УЗТ).

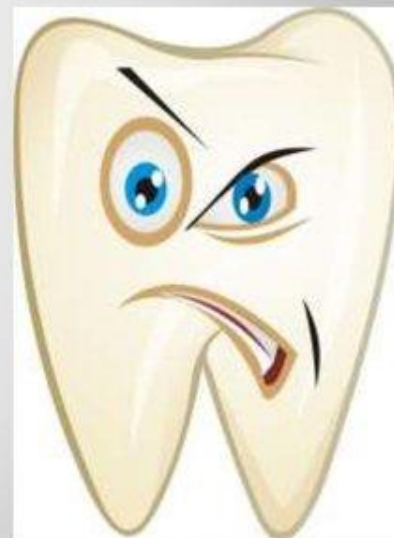
- Осложнениями при лимфаденитах чаще бывают флегмоны шеи, когда развивается распространенный воспалительный процесс.
- Прогноз при лимфаденитах благоприятный. При распространении на шею возникает опасность вовлечения в воспалительный процесс сосудисто-нервного пучка с последующим переходом на средостение и развитием медиастинита.
- Профилактика предусматривает обязательную и своевременную санацию полости рта, ЛОР-органов, повышение противоинфекционной резистентности организма больного.

- Аденофлегмона-разлитое гнойное воспаление лимфатического узла и окружающей его клетчатки



Что такое аденофлегмона?

- Как правило, является осложнением острого лимфаденита;
- Зубы;
- ЛОР-органы;
- Травматических повреждения.



Причины

- Головные боли;
- Ухудшение общего самочувствия;
- Температура 38-38.5°C и более, озноб;
- Обильного потоотделение;
- Тошноты с позывами на рвоту.



Общетоксические проявления

- Массивный и продолжающийся нарастать локальный отек;
- Появление болезненного «шарика» или «горошины», которое постепенно увеличивается;
- Кожа в зоне аденофлегмоны гиперемирована;
- При аденофлегмоне увеличивается количество лейкоцитов и нейтрофилов, СОЭ 35-40 мм/ч.

Местные проявления

- Основывается на клинических показаниях и лабораторных исследованиях. Пункция и цитологическое исследование пунктата помогают подтвердить диагноз;
- Проведение клинического исследования крови

Диагностика

- Лечение проводят по той же схеме что и лечение флегмон.
- Аденофлегмона лечится хирургическим путем. Врач делает вскрытие флегмоны и ставит дренаж, чтобы обеспечить отток гноя. Кроме хирургического вмешательства, обязательно проводят антибиотикотерапию и назначают физиотерапевтические процедуры.

Лечение