

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»**

Кафедра-клиника стоматологии ИПО

**Реферат:**

**Тема: «ЛИМФАДЕНИТ ЛИЦА И ШЕИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ.  
КЛАССИФИКАЦИЯ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ»**

Выполнил:  
клинический ординатор 1-го года обучения  
Специальность: стоматология общей практики  
Аттокуров Д.К.  
Руководитель ординатуры:  
к.м.н., доцент Тарасова Н.В.

Красноярск 2018 г

Лимфаденит –это заболевание, вызванное воспалением лимфатического узла.

В лимфатических узлах вырабатываются сывороточные белки и лимфоциты, играющие большую роль в формировании гуморального и клеточного иммунитета. Если действие этих факторов не обеспечивает полного уничтожения микрофлоры, проникшей в лимфатический узел, в нем формируется инфекционный очаг.

Анатомия лимфатического аппарата лица и шеи:

Шейно-лицевая лимфатическая система состоит из сплетения лимфатических капилляров, сосудов и узлов. Лимфатические узлы, расположенные передних и боковых частях лица и в подчелюстной областях, принято разделять на три группы: на переднюю группу, представленную подподбородочными узлами; на среднюю группу, охватывающую узлы нижнечелюстные, поднижнечелюстные, подглазничные и узлы вблизи щечной мышцы, а также заднюю группу, образуемую узлами околоушной железы и ушными узлами. Ко всем указанным узлам присоединяется еще многочисленная группа шейных лимфатических узлов.

Подподбородочные лимфатические узлы (*nodi lymphatici submentalis*) - лежат в клетчатке между передними брюшками двубрюшной мышцы, ментальным отделом нижней челюсти и подъязычной костью. Их приносящие сосуды, идут от подбородка, средней части и нижней губы, от десны и зубов нижней резцовой области, от кончика языка и средней части дна ротовой полости. Выносящие сосуды заканчиваются в большинстве случаев в поднижнечелюстных узлах, а часто из них в шейных узлах.

Подглазничные лимфатические узлы (*nodi lymphatici infraorbitalis*) - располагаются единично между внутренним углом глаза, крылом носа и подглазничным отверстием.

Лимфатические узлы щечной мышцы (*nodi lymphatici buccinatorii*) - они размещаются в мягких тканях приблизительно на 1 см. за углом рта, другие находятся около стенонова протока, в месте где он проходит через щечную мышцу.

Надчелюстные или нижнечелюстные лимфатические узлы (*nodi lymphatici supramandibularis*) - количестве 1-2 расположены в клетчатке на наружной поверхности тела нижней челюсти и впереди от мест на прикрепления жевательной мышцы.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы (*nodi lymphatici submandibularis*) - представляют группу в 6-10 узлов, располагающихся в клетчатке подчелюстного треугольника, вне капсулы подчелюстной слюнной железы. Они делятся на 3 группы: переднее, среднее и задние.

Приносящие сосуды данных узлов привозят лимфу с большей части лица (носа, верхней губы, половины нижней губы, щек), изо рта (верхних, нижних зубов –исключая резцы), десны, язык и дно ротовой полости. Выносящие сосуды отводят лимфу в шейные узлы.

Лимфатические узлы околоушной железы (*nodi lymphatici parotidei*) - в

количестве 3-4 они находятся как собственно паренхиме железы – глубокие лимфатические узлы околоушной железы (nodi lymphatici parotidei) так частично и на поверхности железы – поверхностные лимфатические узлы околоушной железы (nodi lymphatici parotidae superficiales) . В узлы впадают лимфатические сосуды, идущие от век, кожи при корне носа, из собственной околоушной слюнной железы из передних и нижних ушных желез. Выносящие сосуды впадают в поверхностные и глубокие шейные лимфатические узлы, а также в задние подчелюстные лимфатические узлы.

Ушные лимфатические узлы (nodi lymphatici auricularis) - расположены в области наружного уха. Их разделяют на передние, нижние, задние ушные лимфатические узлы.

Они собирают лимфу из ушной раковины, височной, лобной и щечной области, а также из области, окружающей сосцевидный отросток. Лимфа из них оттекает в лимфатические сосуды околоушной железы, а из задней группы в глубокие и поверхностные шейные лимфатические лимфоузлы. Шейные лимфатические узлы разделяются на поверхностные и глубокие (nodi lymphatici cervicalis superficialis et profundus) . Поверхностные лимфатические узлы расположены в углу между грудинно-ключичнососковой мышцей и нижним краем нижней челюсти, под поверхностной фасцией шеи. Приносящие сосуды идут к ним непосредственно из ушной области и непрямо – из узлов околоушной железы и нижнечелюстных.

Глубокие шейные лимфатические узлы располагаются в значительном количестве по ходу arteria carotis, vena jugularis interna . Часть данных узлов располагается впереди от кивательной мышцы, часть – позади нее. Лимфа собирается в узлы с преобладающей части головы и верхних частей шеи. Наибольшая заболеваемость лимфаденитом наблюдается среди детей в возрасте до 7 лет. Это связано с рядом причин: с незавершенностью формирования у детей местного тканевого иммунитета, морфофункциональной незрелостью лимфатических узлов, дифференцирование структур, которых заканчивается лишь к 12 годам, высокой распространенностью повреждений и поражений кожных покровов головы и слизистой оболочки полости рта у детей младшего возраста, У них в основном встречаются так называемые стоматогенные, риногенные, тонзиллогенные и дерматогенные лимфадениты, а у детей старше 7 лет – одонтогенные лимфадениты

Патологическая анатомия:

- 1.Набухание стенок лимфатических сосудов и увеличение их проницаемости
- 2.Тромбоз лимфатических сосудов
- 3.Лимфостаз
- 4.увеличивается объем и развивается инфильтрация лимфатического узла
- 5.Пролиферация лимфатических элементов

Классификация:

По локализации входных ворот инфекции различают одонтогенные, стоматогенные, риногенные, дерматогенные и тонзиллогенные лимфадениты. У 15-20% больных лимфаденитами удается установить связь с одонтогенной инфекцией. Однако почти у половины больных локализация первичного инфекционного очага остается невыясненной.

По характеру течения заболевания лимфадениты подразделяют на острые, хронические и обострившиеся хронические.

В зависимости от характера и распространенности острого воспалительного процесса в области лимфатического узла принято различать: острый серозногнойный лимфаденит: острый лимфаденит с абсцедированием и аденофлегмону.

Хронические лимфадениты делятся на хронические продуктивные и хронические абсцедирующие.

Хронические специфические лимфадениты Начальная стадия острого лимфаденита характеризуется расширением сосудов, отеком и клеточной инфильтрацией тканей лимфатического узла, в результате чего последний увеличивается, происходит перерастяжение капсулы.

В просвете синусов видны белковые коагулянты, большое количество нейтрофилов, эозинофилов, тучных клеток, макрофагов.

При аденофлегмоне наряду с признаками гнойного лимфаденита наблюдается картина диффузного гнойного воспаления клетчатки той или другой анатомической области.

Хронический лимфаденит характеризуется гиперплазией лимфоидных элементов, что характеризуется увеличением лимфатического узла в объеме. Со временем лимфоидная ткань замещается соединительной, В толщине такого узла могут формироваться абсцессы с хорошо выраженной соединительной капсулой.

Острый серозно-гнойный лимфаденит.

Основная жалоба, которую предъявляют больные с подобной формой заболевания, - появление болезненного «шарика» под кожей. Этому Предшествует нередко травма, воспаление слизистой оболочки полости рта, или кожных покровов, оперативное вмешательство ( удаление зуба) , острое респираторное заболевание, тонзиллит, периодонтиты, периостит, остеомиелит. Лимфатические узлы, подвижны, слабоболезненны, имеют округлую или овальную форму, увеличены до 2-3 см. в диаметре, мягкоэластической консистенции. Кожа над ними не изменена в цвете, либо слегка гиперемирована, подвижна. На термограмме и термовизиограмме выявляется локальное повышение температуры кожных покровов на 1,5-2 градуса. В случае поражения подчелюстных лимфоузлов появляются боли при глотании, при поражении околоушных узлов- боли при широком открывании рта. Абсцесс состояние больного остается удовлетвори тельным, температура тела нормальная или субфебрильная.

Острый лимфаденит с абсцедированием. Заболевание характеризуется появлением пульсирующей боли в области пораженного лимфатического узла. Объясняется это тем, что формирование абсцесса в относительно замкнутом пространстве ограниченном достаточно плотной капсулой, ведет к быстрому повышению внутритканевого давления, перерастяжению капсулы лимфатического узла. В тоже время капсула ограничивает распространение инфекционно- воспалительного процесса, уменьшает всасывание микробов, токсинов и продуктов тканевого распада. Поэтому у этой группы больных редко наблюдаются явления интоксикации,

Общее состояние их, как правило, остается удовлетворительным, Температура тела обычно не превышает 38 градусов, Отмечается умеренно выраженной нейтрофильный лейкоцитоз.

При осмотре больного определяется припухлость тканей той области, где располагается пораженный лимфатический узел. Кожа над ним гиперемирована. Вначале она подвижна, а по мере развития периодонтита, подвижность утрачивается. Пальпаторно определяется резко болезненное образование, округлой формы, эластической консистенцией с развитием периодонтита четкость его контуров утрачивается, появляется инфильтрация прилежащих тканей, ограничивается подвижность его. В связи с появлением боли глотание и жевание затруднено. Дальнейшее обследование направлено на выявление первичного инфекционного очага.

Хронический продуктивный лимфаденит необходимо дифференцировать от : 1. Специфического поражения лимфатических узлов при актиномикозе, туберкулезе, сифилисе; 2.дермоидных и бронхиогенных кист: . 3.доброкачественных опухолей ( смешанные опухоли слюнных желез, фиброма, невринома и т.д.). 4.первичных злокачественных опухолей лимфатических узлов и метастазов в них.

Хронический абсцедирующий лимфаденит по существу является исходом хронического продуктивного лимфаденита. При этой форме заболевания в толще лимфатического узла формируется абсцесс с хорошо выраженной соединительнотканной капсулой. Клинически пораженный узел выявляется в виде болезненного образования овоидной формы, плотноэластической консистенции. В поперечнике он может достигать 3-4 см. являясь источником интоксикации, он –нередко вызывает недомогание, снижение умственной и физической работоспособности, субфебрилитет, может быть причиной возникновения или обуславливает ухудшение течения так называемых очагов-обусловленных заболеваний.

Хронические специфические лимфадениты:

При туберкулезном лимфадените чаще поражаются лимфатические узлы. В процессе вовлекается несколько узлов, они медленно увеличиваются, соединяются между собой в 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 –Ленганса

Актиномикотическое поражение лимфатических узлов характеризуется вялым течением. Сначала увеличиваются лимфатические узлы, а затем в процессе вовлекаются окружающие ткани и возникает периодонтит. В дальнейшем в центре плотного 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 склерозирование ткани, и поэтому он кажется втянутым. Заболевание развивается медленно, периоды ремиссии сменяются обострениями. Внутрикожная проба с актинолизатом положительная. В отделяемом находят большое количество друз актиномицетов. Сифилитический лимфаденит возникает через 1 неделю после появления твердого шанкра. Имеется прямая зависимость локализации пораженного лимфоузла от расположения твердого . При этом заболевании лимфатический узел может достигать больших размеров. Он безболезнен и имеет хрящеподобную консистенцию, за счет его склерозирования. Это дает основание тому, чтобы назвать данный лимфаденит склероаденитом. Лимфоузлы не спаяны между собой и окружающими тканями и могут располагаться в виде цепочки. Особенностью сифилитического лимфаденита является то, что он никогда не сопровождается нагноением. К 5-6 неделе развивается полиаденит. Реакция Вассермана положительная. В пунктате – бледные спирохеты.

Дифференциальная диагностика:

Острые неспецифические одонтогенные и неодонтогенные лимфадениты диагностировать сравнительно легко после установления основной причины их возникновения. Но иногда возникают трудности в их распознавании, особенно тогда, когда основной воспалительный процесс, вызвавший лимфаденит, уже ликвидирован.

Лечение:

Лечение лимфаденита должно в первую очередь направлено на устранение первичного очага инфекции. Если лимфаденит имеет одонтогенное или стоматогенное происхождение, то проводят вмешательства, направленные на ликвидацию этих очагов инфекции. Параллельно воздействуют на пораженный лимфатический узел. В комплекс консервативного метода лечения входят: антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламиды, десинсублизирующие-антигистаминные и общеукрепляющие средства, протеолитические ферменты совместно с физиопроцедурами.

Хирургическое лечение: вскрытие – при обсединении лимфатического узла. В начальной стадии заболевания ( стадия серозного воспаления) применяют физиотерапевтическое лечение: УВЧ в атермической дозе, СВЧ, электрофорез с феоментами, компрессы с димексидом. Облучение гелий-неоновым лазером: мощность 100-200 мВт/см.3, экспозиция –1-2 мин. Сеансов– от 3 до 5.

Внутримышечное введение лизоцима по 100 –200 мг. в 0,25% р-ре новокаина. При хроническом лимфадените применяются препараты повышающие иммунологическую реактивность организма (пентоксил, метилурацил, пантакрин, элеутерококк, китайский лимонник).  
Электротерапевтическое лечение: электрофорез, йодида калия, фонофорез, УВЧ –терапия, парафинотерапия, облучение инфракрасными лучами в сочетании с электрофорезом лидазы.

## Литература:

1. Бернадский Ю.И., Заксон М.Л., Бургонский В.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у больных пожилого и старческого возраста. – К: Здоровье, 2010. – 104 с.
2. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи руководство для врачей под ред. проф. А.Г. Шаргородского. – М: Медицина, 2013. – 352 с.
3. Груздев Н.А. Острая одонтогенная инфекция. – М: Медицина, 2008. – 188 с.
4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – Л: Медицина, 2015. – 264 с.
5. Солнцев А.М., Тимофеев А.А. Одонтогенные воспалительные заболевания – К: Здоровье, 2009. – 232 с.
6. Владимир Козлов «Воспалительные заболевания и повреждения тканей челюстно-лицевой области» 2010
7. Агапов В.С., Арутюнова С.Д. «Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» 2011
8. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи» 2015
9. Шаргородский А.Г. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи» 2014
10. Тимофеев А.А. «Специфические воспалительные заболевания челюстнолицевой области. Учебное пособие» 2015