

**ЛИМФАДЕНИТЫ: ЭТИОЛОГИЯ, СИМПТОМАТИКА,  
КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, ДИАГНОСТИКА,  
ЛЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗ, ПРОФИЛАКТИКА.**

**Доктор медицины, доцент кафедры ЧЛХ  
Руссу Наталья**

○ **Лимфаденит - воспаление лимфатического узла.**

Поражение лимфатических узлов в большинстве случаев носит вторичный характер и является следствием воспалительного процесса, развивающегося в челюстно-лицевой области.



# КЛАССИФИКАЦИЯ

## **1. Топографо-анатомически:**

а) по глубине расположения - поверхностные и глубокие;

б) по локализации - подчелюстные, начелюстные, подподбородочные, позадичелюстные, щечные, околоушные и т.п.

## **2. По пути проникновения:**

а) одонтогенные;

б) неодонтогенные - как следствие респираторных и вирусных инфекционных процессов, сепсиса,

с) специфической инфекции (туберкулез, сифилис, актиномикоз, СПИД), метастазирования.



### **3. По остроте воспаления:**

- а) острые - серозные, гнойные;
- б) хронические - гиперпластические, гнойные и обострившиеся хронические.

### **4. По этиологии:**

#### **1) инфекционные**

а) специфические (актиномикоза, сифилис, туберкулез, туляремия, чума)

б) неспецифические (стафилококки, стрептококки и другие возбудители гнойной инфекции).

#### **2) травматические**

а) острые

б) хронические



- В зависимости от локализации входных ворот инфекции у взрослых чаще встречаются острые **одонтогенные** лимфадениты, причиной которых являются периодонтиты, альвеолиты, периоститы, остеомиелиты, нагноившиеся кисты.
- 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 удается обнаружить их видимую связь с каким-либо патологическим очагом

- **Классификация**
- Лимфадениты, в зависимости от локализации входных ворот инфекции, делятся на: *одонтогенные, тонзиллогенные, риногенные, отогенные, стоматогенные и дерматогенные*. Они входят в группу вторичных лимфаденитов.
- Различают также *специфические и неспецифические* лимфадениты. В зависимости от характера течения процесса выделяют *острые, хронические и обострившиеся хронические лимфадениты*. К острым формам заболевания относят **серозный и гнойный (абсцедирующий) лимфадениты**.
- При воспалительной инфильтрации тканей, окружающих лимфатический узел, развивается *периаденит*. Может возникать **аденофлегмона**- разлитое гнойное воспаление клетчатки, окружающей лимфатический узел.
- К хроническим воспалениям лимфатического узла относят его гнойную форму, которая протекает обострениями, и **продуктивный (гиперпластический) лимфаденит**.

# 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.



- Возбудителем острых лимфаденитов лица и шеи чаще всего является патогенный стафилококк в монокультуре, значительно реже - в ассоциации с другими микроорганизмами. Согласно 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 патоморфологическом исследовании отмечено набухание стенок лимфатических сосудов и увеличение их проницаемости. Клетчатка вдоль сосудов пропитывается лейкоцитами (перилимфангоит). В результате сужения просвета и сдувания эндотелиальных клеток лимфатических сосудов в них образуются тромбы, что вызывает стойкий лимфостаз. При длительном развитии воспалительного процесса наблюдается их облитерация и возникают значительные отеки.
- 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 отечная, а соединительная ткань разрыхлена. При нагноении узла капсула инфильтрируется лейкоцитами.

- 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.



- При остром лимфадените, в начальной фазе, структурные изменения сводятся к покраснению кожи над увеличенным лимфатическим узлом, расширению синусов и сращиванию их эндотелия. Далее следует нарастающее серозное пропитывание паренхимы узла, разрастание элементов лимфоидной ткани и лейкоцитарная инфильтрация. В дальнейшем развитии воспалительного процесса жидкость может принять гнойный характер. В зависимости от интенсивности фактора, вызвавшего лимфаденит, от продолжительности его воздействия и от собственной реакции организма процесс быстро проходит все эти фазы либо ограничивается какой-либо из них.



- В соответствии с достигнутой фазой различают **формы острого лимфаденита**:
- простой или катаральный
- гиперпластический
- гнойный.
- Некоторые особенности патологоанатомической картины обуславливают возникновение и других форм лимфаденита:
- при процессе, остановившемся в стадии экссудации, но с обильным пропотеванием фибрина - фибринозный лимфаденит;
- при быстром и обширном омертвлении лимфатического узла - некротический лимфаденит.
- В качестве особой формы выделяют геморрагический лимфаденит, при котором значительное нарушение проницаемости капилляров ведет к имбибиции (пропитыванию) лимфатического узла кровью (сибирязвенный, чумной лимфаденит).



○ В начальных фазах, т. е. при менее тяжелых формах (простой и гиперпластический лимфаденит), воспалительный процесс способствует обратному развитию, но может принять и хроническое течение. При формах, характеризующихся преобладанием явлений повреждения (гнойный, некротический лимфаденит), наступает гибель лимфатического узла и его гнойное расплавление или, в зависимости от характера инфекции, гнилостный распад.

Образовавшееся гнойное скопление может довольно длительно оставаться в пределах капсулы лимфатического узла и ограничиваться гнойной мембраной, образуя абсцесс. В других случаях происходит быстрое разрушение капсулы лимфатического узла и инфицированное содержимое прорывается в окружающую клетчатку. При начальных формах лимфаденита воспалительный процесс чаще не выходит за пределы капсулы лимфатического узла, ограничиваясь ее серозной инфильтрацией.

При гнойном же лимфадените обычно развивается и периаденит - воспаление окружающей узел клетчатки, в которой наблюдается гиперемия (покраснение), отек, лейкоцитарная инфильтрация. Гнойный периаденит возникает главным образом как следствие прорыва гноя из лимфатического узла. В зависимости от длительного течения лимфаденита гнойный периаденит принимает форму либо абсцесса, окружающего остатки лимфатического узла, либо флегмоны, так называемой аденофлегмоны, примером которой может служить ангина Людовика.

# МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ:

1. термография
2. ультразвуковая эхография
3. компьютерная эхотомография
4. цитологический метод
5. цитохимические методы
6. гистологический метод
7. биопсия(пункция, разрез)



# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

## I. Локальные (регионарные)

- 1. Локальные инфекции бактериальные (фарингит, средний отит, этмоидит, фронтит, гайморит, абсцесс и кариес зубов, флегмона, остеомиелит) вирусные (болезнь "кошачьей царапины", туберкулез, детские инфекции и др. ) грибковые (актиномикоз, кандидоз) Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина). Неходжкинские лимфомы (лимфома миндалин). Карцинома (вторичная).

## II. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ (распространенные)

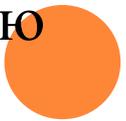
- 1. Инфекции бактериальные (сепсис, туберкулез, бруцеллез, туляремия, сифилис и др. )
- вирусные (краснуха, аденовирусная инфекция, грипп, СПИД, инфекционный мононуклеоз и др. ) грибковые (гистоплазмоз. актиномикоз) протозойные (токсоплазмоз, листериоз, лейшманиоз)
- 2. Аутоиммунные заболевания (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, дерматомиозит, склеродермия, узелковый периартериит, гранулематозные артерииты и др. )

- **3. Доброкачественные опухолевые заболевания**  
(синусовый гистиоцитоз с массивной ЛАП, ассоциированный с инфекциями гемофагоцитарный синдром, саркоидоз)
- **4. Злокачественные опухолевые заболеваний**  
первичные: (лимфогранулематоз - болезнь Ходжкина), неходжкинские лимфомы (лимфома периферического ЛУ, лимфома кожи)  
злокачественные метастатические гистиоцитозы : лейкоз, нейробластома, рабдомиосаркома, саркома Капоши, рак легкого, бронхов, щитовидной железы.
- **5. Реакции на лекарственные и химические вещества** (сывороточная болезнь, медикаментозная аллергия, поллиноз)
- **7. Другие заболевания**



# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Острое воспаление начинается с ощущения некоторой неловкости при движении головой, тупой боли в области пораженного узла или группы узлов. Как при серозной, так и гиперпластической формах увеличившиеся лимфоузлы хорошо определяются пальпаторно, при этом они несколько болезненны и имеют плотно-эластическую консистенцию. Общие нарушения в начале воспаления могут отсутствовать или же быть слабо выраженными. Серозное воспаление редко переходит в гнойный процесс; оно постепенно стихает в соответствии с эффективностью лечения основного заболевания, вызвавшего воспаление лимфатических сосудов и регионарных узлов. Узлы постепенно уменьшаются в размерах, становятся менее болезненными и приобретают через несколько недель свою обычную форму и консистенцию.



# ОСТРЫЙ СЕРОЗНЫЙ ЛИМФАДЕНИТ



При неблагоприятном течении серозного воспаления оно может перейти в гнойное: в области узла появляется инфильтрат (перилимфаденит), узел становится малоподвижным, спаивается с другими узлами, образуя с ними пакет, нагнаивается. Температура тела повышается до 37.2-37.8 °С, со стороны крови появляются изменения, характерные для гнойников. Общее самочувствие и состояние больного нередко нарушаются - появляется недомогание, разбитость, теряется аппетит и т. д. Воспаленный лимфоузел постепенно расплавляется и обуславливает образование свищевого хода (с переходом заболевания в хроническую форму) или развитие аденофлегмоны.



# ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ЛИМФАДЕНИТ



При остром гнойном лимфадените общие показатели (изменения в крови, моче, температурная реакция) могут как бы затушевываться и быть объяснены как изменения вследствие основного одонтогенного или неодонтогенного воспаления, послужившего причиной лимфаденита. Процесс гнойного расплавления узла (или узлов) может развиваться быстро — в течение нескольких дней, а иногда и медленно, даже после ликвидации основного процесса на лице, челюсти и в полости рта.



В челюстно-лицевой области чаще всего встречаются лимфадениты в **поднижнечелюстных лимфоузлах**, так как они являются основными узлами первого этапа на пути лимфатического оттока из данной области. На втором месте по частоте стоят воспалительные процессы в подбородочных, а также в околоушных и надчелюстных узлах.

Одонтогенные лимфадениты, развивающиеся на фоне острого или хронического лейкоза, обычно носят множественный характер, локализуясь одновременно на лице, в подчелюстных областях и шее. При одонтогенном источнике инфекции, локализующемся с одной стороны, лимфаденит может быть двусторонним, так как при лейкозе резко снижены все виды защитных иммунологических механизмов.



# ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФАДЕНИТ

Хронический неспецифический лимфаденит развивается в результате затихания острого процесса или вызывается слабовирулентными микроорганизмами. Характеризуется увеличением лимфоузлов до различных размеров и ограничением их подвижности. Прощупываются отдельные, четко определяемые узлы, безболезненные, но достаточно плотные. Общее самочувствие больного обычно не нарушено. Нагноение лимфоузлов при хроническом неспецифическом воспалении бывает редко; оно является признаком перехода хронического процесса в острый из-за вспышки дремлющей инфекции. Если одонтогенный или другой источник инфекции длительное время «бомбардирует» узел, то он в процессе хронического воспаления постепенно разрушается, замещается грануляционной тканью; время от времени здесь возникают обострения; последние в конечном итоге приводят к перфорации кожи и образованию свища, который со временем закрывается и рубцуется.

# ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФАДЕНИТ



Хронический **специфический лимфаденит** имеет, как правило, туберкулезную или актиномикотическую этиологию и поражает нижнечелюстные, поднижнечелюстные, зачелюстные и шейные узлы. Иногда он сочетается с поражением лимфоузлов в других участках тела, в том числе бронхиальных и забрюшинных. Туберкулезные и актиномикотические хронические лимфадениты вначале протекают весьма сходно, создавая картину так называемой подкожной мигрирующей гранулемы лица или подчелюстной области. В более позднем периоде актиномикотический лимфаденит отличается большей склонностью к нагноению и образованию свищей. Течение туберкулезного лимфаденита отличается большим разнообразием, что зависит от стадии заболевания, количества пораженных лимфоузлов, реакции окружающих узлов тканей и др.

# ЛЕЧЕНИЕ.

Лечение острого серозного и хронического лимфаденитов должно быть консервативным только тогда, когда врач не может установить источник (входные ворота) инфекции в полости рта, зубах, челюстях, лице, ЛОР-органах и т. д. В таких случаях применяются: сухое тепло, УВЧ-терапия, короткие новокаиново-антибиотиковые блокады. А. А. Тимофеев (1989) для лечения острых серозных лимфаденитов и воспалительных инфильтратов рекомендует производить ежедневно на стороне поражения в течение 5 дней новокаиновые блокады верхнего шейного и звездчатого симпатического ганглиев, а после вскрытия гнойных лимфаденитов — внутримышечное введение лизоцима (200 мг 2 раза в сут. первые три дня, 100 мг 2 раза в сут. в последующие 3 дня) без сочетания его с антибиотикотерапией.



Блокады полезны, т. к. симпатические волокна шейных ганглиев иннервируют гладкомышечные элементы, находящиеся в капсуле и трабекулах лимфатических узлов челюстно-лицевой области и шеи, что обеспечивает сокращение последних и способствует проталкиванию лимфы в отводящие сосуды. В воспалительном очаге нервные волокна находятся в состоянии парабриоза, степень которого зависит от тяжести воспалительного процесса. Антипарабиотическим свойством обладает новокаин.



Очень хорошее действие оказывают и повязки-компрессы по Дубровину (смазывание кожи 4% желтой ртутной мазью и покрытие салфетками, смоченными в насыщенном растворе калия перманганата, воощеной бумагой, ватой и бинтом). Необходимо помнить, что до и после повязки нельзя применять УВЧ и смазывать кожу спиртовым раствором йода (возможно раздражение кожи!). Очень полезно применять согревающие компрессы с 30% раствором димексида.



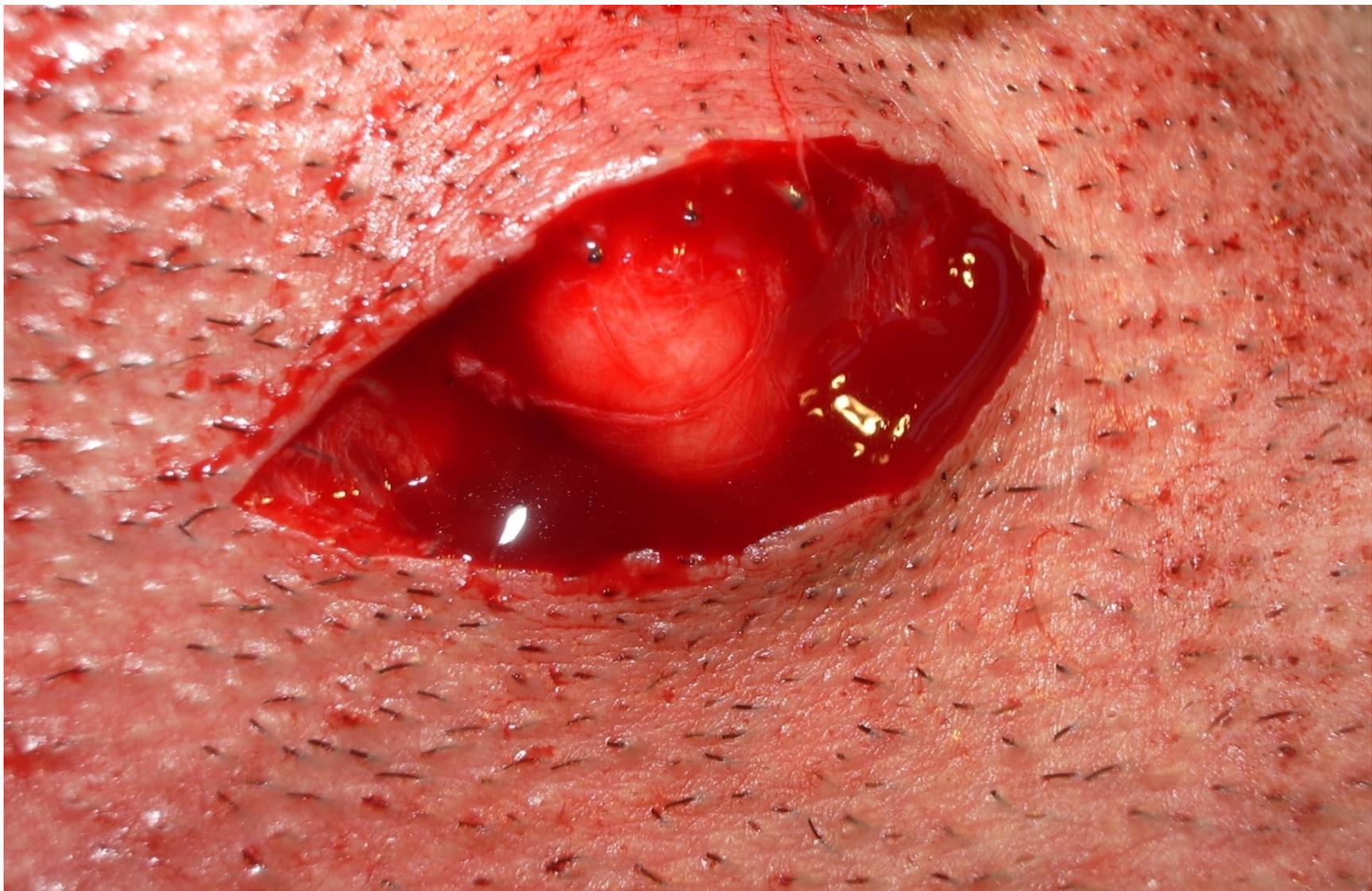
Если в процессе консервативного лечения острого лимфаденита отмечается нарастание воспалительных явлений, то необходимо прибегнуть к проведению оперативного вмешательства по поводу вскрытия аденоабсцесса. При этом одновременно удаляют расплавленный лимфатический узел. Во время удаления тканей расплавленного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



# ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФАДЕНИТ



# УДАЛЕНИЕ ВОСПАЛЕННОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА

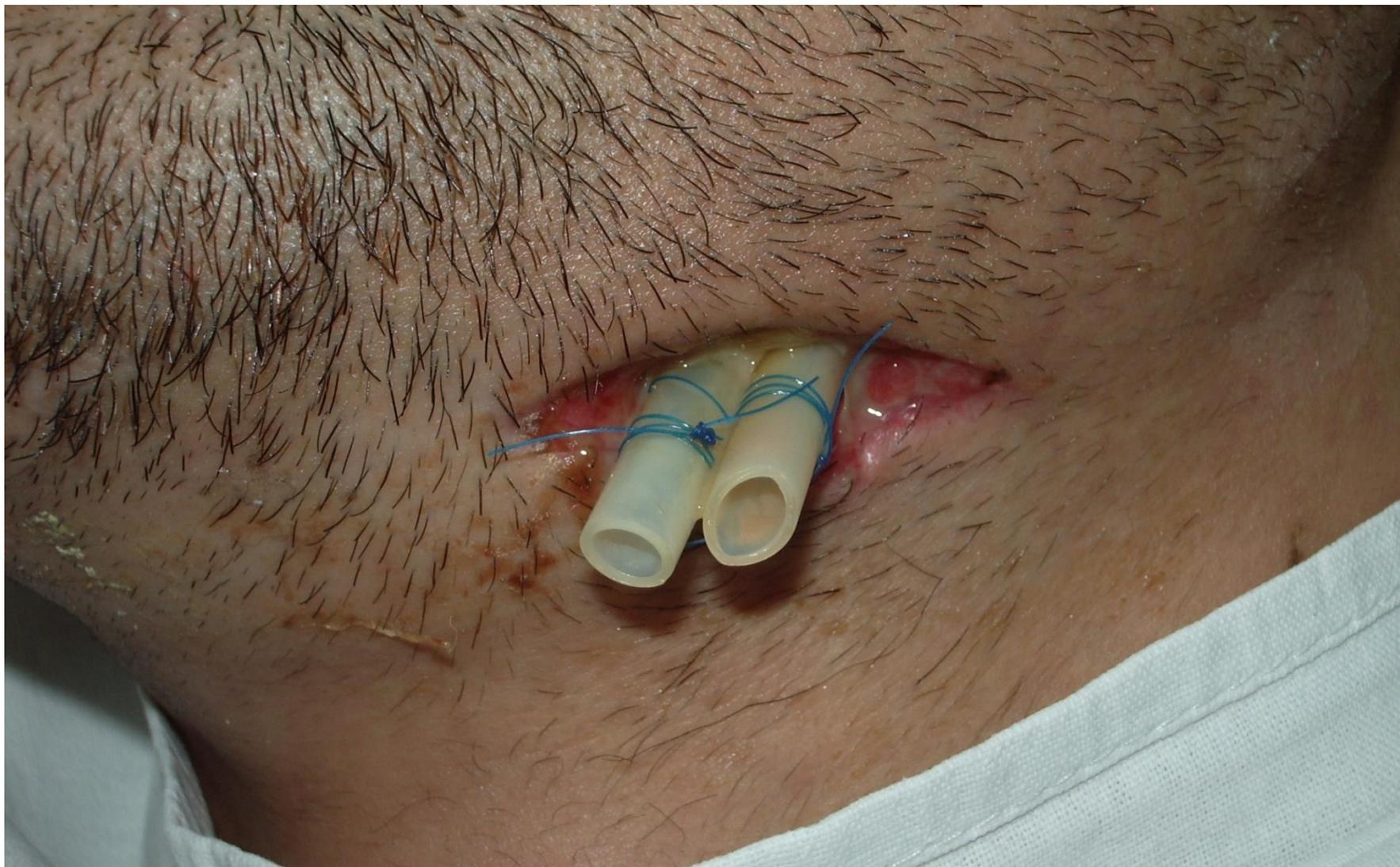




# ВСКРЫТИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА



# ДРЕНИРОВАНИЕ АБСЦЕССА



Если источник инфекции определенно установлен, необходимо его устранить применением антибактериальных препаратов или хирургического вмешательства (удаление периодонтитного зуба, вылушивание нагноившейся кисты, ликвидация нависающего воспаленного капюшона над прорезывающимся зубом, лечение гайморита, остеомиелита, периостита и т. д.



При наличии связи между нагноившимся лимфоузлом и одонтогенным источником инфекции обычно достаточно устранить последний, чтобы лимфаденит или перилимфаденит прекратился. Однако в ряде случаев помимо вмешательства на зубе (удаление его, реплантация, резекция верхушки корня и др.) еще необходимо произвести разрез по переходной складке, чтобы рассечь грануляционно-воспалительный тяж, идущий от зуба к очагу нагноения в мягких тканях. Разрез по переходной складке дренируют йодоформной марлевой полоской. В результате полностью прекращается поступление новых порций инфекции из зубо-челюстной системы. Если нагноение лимфоузла привело к разрушению и рубцовой деформации кожи, нужно иссечь рубцово изменённые ткани, удалить всю грануляционную ткань как в глубине очага поражения, так и на внутренней поверхности рассеченной кожи, промыть рану и послойно ее ушить.



**Специфические туберкулезные лимфадениты** необходимо лечить в специализированных лечебных учреждениях. При этом санация полости рта обязательна. Аденоактиномикоз, как и подкожная форма актиномикотических поражений лица и шеи, успешно поддается иммунотерапии; в случае нагноения лимфоузлов показано вскрытие очага, выскабливание грануляций и введение антибиотиков (местно и внутримышечно). Однако, следует помнить, что источником специфической инфекции нередко является гангренозный зуб. Поэтому лечение специфического лимфаденита нужно начинать с санации полости рта.



- Лечение лимфаденитов, развившихся на фоне лейкоза, должно проводиться стоматологом в гематологической клинике с использованием современных цитостатических препаратов (например, винкристина, метотрексата, меркаптопурина, преднизолона) на фоне возможно раннего обязательного устранения источника одонтогенной инфекции (удаление периодонтитного «виновного» зуба, вскрытие субпериостальных абсцессов, терапия и дренирование верхнечелюстной пазухи, цистэктомия и т. д.
- Если перилимфаденит осложнился флегмоной, ее необходимо вскрыть, не дожидаясь флюктуации, чтобы возможно раньше уменьшить интоксикацию организма больного и предупредить развитие вторичных некрозов в различных отделах. Рану тщательно дренируют и проводят ее диализ с помощью антибиотиков и антисептиков в соответствии с чувствительностью микрофлоры к ним.



# ПРОФИЛАКТИКА.

Профилактика острых и хронических лимфаденитов состоит из общих и местных мероприятий: своевременного лечения кариеса зубов и его осложнений, устранения неodontогенных источников инфекции (лечение стоматитов, ринитов, гингивитов, глосситов, отитов, фурункулов, карбункулов и т. д., лечения травматических повреждений слизистой оболочки рта и кожи лица, повышения резистентности организма и т. д.



# ОСЛОЖНЕНИЯ

1. периаденит
2. абсцесс
3. аденофлегмона
4. развитие общей инфекции;
5. образование тромбофлебитов смежных вен;
6. разъедание стенок кровеносных сосудов с последующим кровотечением

