

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Институт стоматологии - научно-образовательный центр инновационной
стоматологии
Кафедра клиника хирургической стоматологии и ЧЛХ

Реферат: Лимфадениты, Лимфангиты, Лимфаденопатии челюстно-лицевой области

Выполнила: ординатор 2 года обучения

Энцы Е.И.

Проверила: зам.зав. КГБУЗ "КМДБ№4"

Курлович С.Ю.

Красноярск, 2021 г.

Общая характеристика

Лимфатическая система — часть сосудистой системы, которая по строению и функции дополняет венозное русло. Она участвует в образовании лимфы, проведении ее в венозную систему и выполняет следующие функции:

- ✓ барьерную;
- ✓ лимфопоэтическую;
- ✓ иммунную;
- ✓ трофическую;
- ✓ обеспечивает постоянство внутренней среды организма.

СТРОЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Лимфа — бесцветная жидкость, состоящая из лимфоплазмы и форменных элементов — в основном, лимфоцитов. В составе лимфы в кровеносное русло из тканей возвращаются жидкость и белок, переносятся эмульгированные жиры, всасывающиеся в кишечнике, транспортируются лимфоциты. Всего за сутки из тканевой жидкости образуется около 2 литров лимфы. Различают лимфу периферическую (до лимфатического узла), промежуточную (после прохождения через лимфатические узлы) и центральную (лимфу грудного протока).

Лимфатическая система содержит в своем составе:

1. Лимфатические капилляры.
2. Лимфатические сосуды.
3. Лимфатические узлы (у взрослого человека лимфатическая система сгруппирована в 500–1000 лимфатических узлов и составляет приблизительно 1 % массы тела).

4. Лимфатические стволы (яремный, подключичный, бронхосредостенный, поясничный, кишечный).

5. Лимфатические протоки.

В Международной анатомической номенклатуре у человека выделено 50 основных групп лимфатических узлов, в том числе в челюстно-лицевой области:

- околоушно-жевательные;
- щечные;
- поднижнечелюстные (передние, средние, задние);
- подбородочные;
- зачелюстные;
- боковой поверхности шеи;
- одиночные подглазничной области;
- подбородочные;
- заушные.

Лимфатические узлы в области шеи

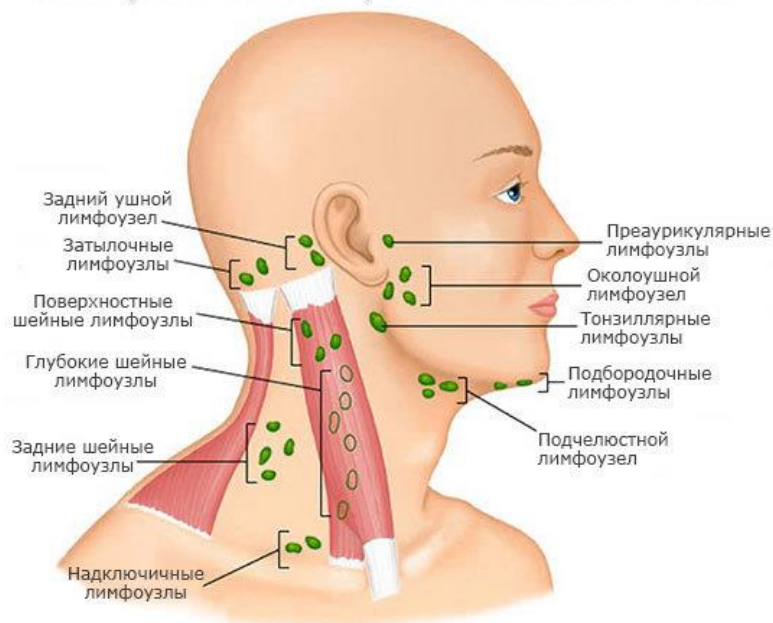


Рис1.

Лимфатический узел снаружи покрыт соединительнотканной капсулой. От капсулы внутрь узла, в его паренхиму, отходят тонкие соединительнотканые перегородки-трабекулы. Строма лимфоузла образована рыхлой соединительной тканью, в его паренхиме

различают корковое и мозговое вещества. Корковое вещество — В-зависимая зона — содержит лимфатические фолликулы, состоящие в основном из В-лимфоцитов, Т-лимфоциты расположены преимущественно в паракортикальной Т-зависимой зоне. Ткань лимфатических узлов состоит из ретикулярных клеток, образующих синусы. Синусы фильтруют лимфу, которая дренирует ткани организма и может содержать чужеродные антигены. Лимфа поступает в краевой синус по афферентным сосудам, затем диффундирует сквозь лимфоциты коркового вещества к макрофагам и синусам мозгового вещества (медуллярным), а оттуда

эфферентным лимфатическим сосудам. Т-лимфоциты и В-лимфоциты

занимают в лимфатических узлах разные анатомические

компарменты, т. е. В- и Т-клеточные области разделены. Таким образом, лимфатические узлы фильтруют и осуществляют контроль за лимфой, текущей от тканей организма.

Движению лимфы по лимфатическим сосудам, стволам, протокам способствуют: непрерывность ее образования, сокращение мышечных элементов стенок средних и крупных лимфатических сосудов, стволов, протоков;

сокращение скелетных мышц, пульсация кровеносных сосудов; сокращение диафрагмы; присасывающее действие грудной полости, подключичных и внутренних яремных вен.

Различают как общие функции, характерные для лимфатических узлов любой локализации, так и частные, связанные с их регионарными особенностями. Среди наиболее важных и универсальных частных функций необходимо выделить:

- гемо- и иммунопоэтическую (кроветворные органы, где идет образование лимфоцитов, плазматических клеток, выработка антител);
- барьерно-фильтрационную (нейтрализация до 99 % микробных клеток, задерживаются опухолевые клетки);
- обменную (разрушение лимфоцитов и обмен гемоглобина, оказывают влияние на процессы свертывания крови путем образования прокоагулянтных и фибринолитических веществ);
- резервную (депонирование резервных клонов лимфоцитов, глобулинов, жидкости и перераспределение ее между кровью и лимфой).
- Лимфатические узлы также принимают активное участие в обмене веществ и витаминов (А, В, С).

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

1. Клинические.

2. Лабораторные:

- пункционная биопсия с последующим гистологическим исследованием



Рис.2.

- экцизионная биопсия с последующим гистологическим исследованием

3. Функциональные:

- лимфография;
- ультразвуковая эхография;



Рис.3

- сцинтиграфия;
- термография.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛИМФАДЕНИТОВ

Современная клинико-морфологическая классификация лимфаденитов предусматривает деление их:

1. На банальные лимфадениты:

По этиологическому фактору:

- неспецифические;
- специфические (туберкулезные, сифилитические, бруцеллезные,

туляремические, болезнь кошачьих царапин, саркоидоз Бека, токсоплазмоз, при системной волчанке);

- вирусные (инфекционный мононуклеоз).

По течению болезни:

- острые (серозные, гнойные);
- хронические (гиперпластические, гнойные, подкожная мигрирующая гранулема лица);
- обострение хронических.

По локализации:

- изолированные;
- регионарные;
- распространенные;
- генерализованные.

По морфологии:

- гиперпластические (фолликулярные);
- десквамативные (синусные);
- продуктивные (васкулярные).

По стадии клинического развития:

- лимфаденит острый простой;

- абсцесс лимфатического узла;
- аденофлегмона.

2. Реактивные невоспалительные гиперплазии:

- псевдомононуклеоз;
- гиперплазии при эндокринных болезнях;
- при коллагеновых болезнях;
- пигментные гиперплазии;
- гиперплазии при анемиях;
- иммунобластная лимфоаденопатия.

3. На злокачественные болезни лимфатических узлов:

- лимфогранулематоз, лимфолейкоз;
- нодулярная лимфосаркома;
- ретикулосаркома;
- лимфоцитомы;
- герминобластома.

Среди всех лимфаденитов челюстно-лицевой области особое место занимают так называемые первичные лимфадениты, при возникновении которых не удастся обнаружить видимой связи с каким-либо патологическим очагом.

ЛИМФАДЕНИТЫ

Лимфаденит — воспаление лимфатического узла, чаще носит вторичный характер и является следствием воспалительного процесса, развивающегося в челюстно-лицевой области. Среди регионарных лимфатических узлов наиболее часто поражаются поднижнечелюстные, подподбородочные, щечные, околоушные, шейные. Та роль, которую играют лимфатические узлы в поддержании гомеостаза, формировании иммунитета, объясняют причину частого их поражения. В группе неспецифических лимфаденитов в челюстно-лицевой области на острые формы

приходится 73 %, хронические — 27 %.

Возбудителем острых лимфаденитов лица и шеи чаще всего является патогенный стафилококк в монокультуре, значительно реже — в ассоциации со стрептококком и разнообразными анаэробами. Болезнь встречается чаще в осенне-зимние месяцы и ранней весной.

Современная диагностика поражений лимфатической системы складывается из прямой и не прямой лимфографии (табл. 1), дистанционной инфракрасной термографии, сканирования, УЗИ.

Таблица 1

Лимфограмма в норме и при реактивных лимфоаденопатиях

Показатели крово- и лимфосистем	Лимфоаденограмма	
	В норме, %	при реактивных ЛАП, %
Клетки лимфатического ряда: – лимфобласты – пролимфоциты – лимфоциты	0,1–0,5 68–80 20–35	3,0 15, 2 75
Клетки ретикулоэндотелиального ряда: – лимфоидные ретикулярные клетки – плазматические клетки – макрофаги	0–0,8 0,2– 0,6 0,1– 0,5	1,6 0,7 0,5
Клетки крови миелоидного ряда: – нейтрофилы – эозинофилы – недифференцированные бласты – иммунобласты – моноциты – тканевые базофилы	3–10 0–0,5	0,3 0,4 1,6 1,3 0,1 0,1

На аденограммах гнойных лимфаденитов количество зрелых лимфоцитов заметно уменьшается, встречаются нейтрофильные гранулоциты.

Для морфологического подтверждения диагноза проводят

цитологическое исследование пунктата лимфатического узла, а также инцизионной и эксцизионной биопсии. В неизмененном лимфатическом узле клеточный состав представлен зрелыми лимфоцитами, единичными пролимфоцитами, лимфобластами, ретикулярными клетками и макрофагами. При острых серозных лимфаденитах в поле зрения микроскопа видно большое количество малых и средних лимфоцитов, пролимфоциты, лимфобласты, нейтрофильные гранулоциты.

На аденограммах гнойных лимфаденитов количество зрелых лимфоцитов заметно уменьшается, встречаются макрофаги, нейтрофильные гранулоциты.

При обострении хронического воспаления в лимфатическом узле, наряду с перечисленными выше клетками, встречаются плазматические и ретикулярные клетки, пролимфоциты и ацидофильные гранулоциты. В хронической стадии воспаления лимфаденит характеризуется гиперплазией лимфоидных элементов, которые в последствии 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.

Среди всех лимфаденитов челюстно-лицевой области особое место занимают так называемые первичные лимфадениты, при возникновении которых не удастся обнаружить связь с каким-либо патологическим очагом.

Острые лимфадениты

Среди регионарных лимфатических узлов наиболее часто поражаются поднижнечелюстные, подподбородочные, щечные, околоушные и шейные. **Острый серозный лимфаденит**

характеризуется повышением температуры тела до 37,3–37,8 С, с постепенным ухудшением общего состояния больного. Клинически определяется припухлость в локализованной зоне поражения, которая может распространяться на соседние участки. Кожа над припухлостью собирается в складку, цвет ее в начале болезни не изменен. При пальпации увеличенный лимфатический узел плотноэластической консистенции, малоблезненный, подвижный, с гладкой поверхностью. В полости рта выявляются одонтогенные очаги инфекции (периодонтит, альвеолит, периостит и др.), а при неодонтогенных лимфаденитах очаг инфекции может находиться на коже лица, слизистой оболочке полости рта, в миндалинах. Если острое серозное воспаление не переходит в острый гнойный процесс (абсцедирование), то лимфатические узлы уменьшаются в размерах и болезненность их постепенно исчезает, и в течение нескольких недель они приобретают свою нормальную форму, размеры и консистенцию.

При нагноении лимфатического узла температура тела повышается до 37,5–39,0 °С. Появляются недомогание, озноб, нарушение аппетита, сна. Асимметрия лица за счет припухлости приобретает четкие контуры, кожные покровы гиперемированы, напряжены, болезненны. Окружающие лимфатический узел ткани инфильтрируются — развивается периаденит. Узел становится ограниченно подвижным, плотноэластической консистенции, при пальпации появляется симптом флюктуации. При расплавлении капсулы лимфатического узла и проникновении гнойного экссудата в окружающую узел клетчатку развивается аденофлегмона. Сдвиг со стороны периферической крови выражается умеренным лейкоцитозом и нейтрофилезом, ускорением СОЭ до 35–40 мм в час, что свойственно протрагированному гнойно-воспалительному

процессу.

Лечение аденофлегмон комплексное: хирургическое, сбалансированное медикаментозное противовоспалительное, физиотерапевтическое. Профилактика сводится к своевременному лечению и предупреждению острых и хронических лимфаденитов, своевременной санации полости рта, глотки.

Хронические лимфадениты

Хроническое банальное и специфическое одонтогенное воспаление лимфоузлов лица в литературе принято объединять в понятие «одонтогенной подкожной гранулемы лица», «ползучей гранулемы лица», «мигрирующей гранулемы». Этот термин, являясь, по существу, собирательным, включает в себя все виды неспецифических хронических одонтогенных процессов в лимфоузлах и подкожной клетчатке лица. Такое объединение считается допустимым, так как по своему развитию и клиническому течению все указанные болезни весьма сходны друг с другом.

Выделяют четыре классические формы подкожной гранулемы

(Л. М. Рабинович, С. В. Бардышева):

- начальную;
- стационарную — локализованную;
- ползучую;
- абсцедирующую.

В клиническом течении различают два периода: начальный (скрытый) и период кожных проявлений (стационарная локализованная, ползучая и абсцедирующая формы болезни). В начальном периоде болезни под кожей образуются грануляции без явного скопления гнойного экссудата, затем подкожные гранулемы

абсцедируются, образуя на лице неглубокие свищи, из которых выделяется скудное количество гнойно-кровянистого экссудата. Эти свищи могут самостоятельно закрываться, но по мере накопления экссудата вновь открываются или образуются новые, рядом с зарубцевавшимися старыми. В силу распространения процесса на соседние окружающие ткани он приобретает «ползущий» характер. По гистологическому строению подкожную одонтогенную гранулему подразделяют на 5 типов:

- экссудативно-продуктивный;
- продуктивный;
- рубцующийся;
- смешанный;
- олеогранулематозный.

Представленная клинико-морфологическая характеристика подтверждает представление о начальном или осложнившемся лимфадените в связи с проникновением одонтогенной или неодонтогенной инфекции в лимфатический узел.

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 импровизаторными 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 одонтогенной подкожной гранулемы.

Осложнениями при аденофлегмонах чаще бывают флегмоны шеи, когда развивается распространенный воспалительный процесс.

Прогноз при лимфаденитах благоприятный. При распространении аденофлегмоны 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.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЛИМФАДЕНИТЫ

При **туберкулезном лимфадените** чаще поражаются шейные лимфатические узлы. В процесс вовлекается одновременно несколько лимфатических узлов, которые, медленно увеличиваясь, образуют плотные конгломераты с бугристой поверхностью. Вовлеченные в патологический процесс лимфатические узлы находятся на разных стадиях развития воспаления (в одном — творожистый некроз, в другом — гнойное расплавление). Патологический процесс может иметь как одностороннее, так и двустороннее поражение лимфоузлов. При осмотре полости рта первичных патологических очагов не обнаруживается. Характерным является длительный субфебрилитет и положительные реакции Пирке и Манту. При рентгеноскопии можно

выявить изменения в легких. В пунктате лимфатического узла у пациентов с туберкулезным лимфаденитом выявляются гигантские клетки Пирогова–Ланганса.

Сифилитический лимфаденит возникает через 1 неделю после появления твердого шанкра. Имеется прямая зависимость локализации пораженного лимфатического узла от расположения твердого шанкра. Пораженные лимфоузлы могут достигать больших размеров, имеют хрящеподобную консистенцию, не спаяны между собой и окружающими тканями и могут располагаться в виде цепочки, болевой компонент отсутствует.

Отличительной особенностью сифилитического лимфаденита является значительная твердость лимфатического узла, возникающая за счет склерозирования и без нагноения. Реакция Вассермана положительная, в пунктате — бледные трепонемы.

Актиномикотическое поражение лимфатических узлов характеризуется вялым течением. В начале увеличиваются лимфатические узлы, затем вовлекаются в процесс окружающие ткани с развитием периаденита. В дальнейшем в центре очага появляется размягчение, кожа над ним истончается и приобретает сине-багровый цвет. Содержимое лимфатического узла может прорываться наружу, при этом образуя свищ, вокруг которого ткани склерозированы. Болезнь развивается медленно, периоды ремиссии сменяются обострениями воспалительных явлений. Внутрикожная проба с актинолизатом положительная. В отделяемом из свищей находят большое количество друз актиномицетов. Характерная особенность актиномикотического лимфаденита — отсутствие положительного эффекта от обычно принятой проводимой терапии.

Саркоидоз Бека — злокачественная опухоль, при которой в патологический процесс вовлекаются шейные, подмышечные,

паховые, медиастинальные лимфатические узлы, печень, селезенка, кожа и другие органы. Болеют чаще женщины в возрасте 20–25 лет. Лимфатические узлы не превышают 1,5 см в диаметре, малоподвижны, спаяны между собой и окружающими тканями, не чувствительны к рентгенотерапии. Болезнь начинается постепенно, малозаметно, больных иногда беспокоит кашель, боли в груди, обусловленные сдавлением увеличенными лимфатическими узлами бронхов и нервов. Болезнь обнаруживается случайно при рентгенологическом исследовании легких.

Туляремия — природноочаговая зоонозная инфекция. Характеризуется синдромом общей интоксикации, при всех формах которой отмечается увеличение лимфатических узлов — шейных, поднижнечелюстных, подмышечных, паховых, бедренных. При пальпации последние болезненны, возможно обратное развитие процесса через 1–4 месяца с образованием свищей.

Бруцеллез — инфекционно-аллергическое заболевание, склонное к хроническому течению. Характеризуется синдромом общей интоксикации, увеличением шейных, подмышечных лимфатических узлов. Последние болезненны, не спаяны между собой и окружающими тканями. Болезнь сопровождается поражением опорно-двигательного аппарата и ЦНС, увеличиваются печень и селезенка.

Реакция лимфатических узлов на инфекцию, укус насекомого, травму, введение вакцины, кошачью царапину. При указанных причинах может развиваться реактивный лимфаденит. При этом важно установить анамнестическую связь между лимфаденитом и вызвавшей его причиной. Так, лимфатические узлы нередко увеличиваются при перенесении адено- и энтеровирусной инфекции. Ликвидация инфекции в организме приводит к

нормализации размеров лимфатических узлов. Укус насекомого или травма могут приводить к реактивному лимфадениту вследствие инфицирования раны или аллергической реакции. На введение вакцины может развиваться выраженная аллергическая реакция с множественным увеличением лимфатических узлов. Вследствие кошачьей царапины на руке у больного возможно появление увеличенного шейного или подмышечного лимфатического узла. Все перечисленные причины способствуют развитию иммунобластного лимфаденита.

При **системной красной волчанке** увеличиваются шейные, подмышечные, паховые, медиастинальные, перибронхиальные лимфатические узлы. При пальпации узлы безболезненны, мягкой тестоватой консистенции, не спаяны друг с другом и подлежащими тканями, легко смещаются. При биопсии лимфатического узла обнаруживается плазмочитарно-ретикулярная гиперплазия. У отдельных больных очаговый некроз сопровождается ярко выраженной базофилией и наличием гематоксилиновых телец.

Инфекционный мононуклеоз — вирусная болезнь. Протекает с выраженной бласттрансформацией лимфоцитов, реактивным лимфаденитом и увеличением лимфатических узлов (заднешейных, поднижнечелюстных, реже — средостения, брюшной полости, паховых), селезенки, печени (до 10 % больных). Начинается с катаральных явлений носоглотки или ангины («пылающий зев»), длительность болезни — более 2 недель, склонна к рецидивированию.

РЕАКТИВНЫЕ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ГИПЕРПЛАЗИИ

Реактивные гиперплазии при эндокринных болезнях.

Имеется определенная корреляция поражения лимфатической ткани с поражением эндокринной системы. Лимфостимулирующий фактор щитовидной железы препятствует атрофии лимфатических узлов, стимулирует и восстанавливает иммунную компетентность. При тиреотоксикозе обнаруживается повышенное содержание лимфоцитов в периферической крови (тироксин щитовидной железы повышает скорость пролиферации лимфоцитов), при этом увеличиваются зобная железа, селезенка, лимфатические узлы челюстно-лицевой области, средостения.

Гиперплазии при коллагеновых болезнях. Наряду с поражением лимфатических узлов челюстно-лицевой области (безболезненные, малоподвижные, могут пальпироваться «пакетами»), отмечаются поражения кожи (сухая, истонченная, шероховатая), а также подкожно-жировой клетчатки, суставов (хронические артриты), почек (гломерулонефриты), сердца (пороки, стенокардия) и др.

Ангиоиммунобластная анемия. Болезнь характеризуется увеличением большой группы лимфатических узлов, в том числе и челюстно-лицевой области, сопровождается изнурительной лихорадкой, у 70–80 % больных наблюдается гепатоспленомегалия. У 50–60 % пациентов на коже появляется пятнисто-пупулезная сыпь, сопровождающаяся упорным кожным зудом. Отмечаются поражения суставов (артриты), в крови — лейкоцитоз, эозинофилия до 15–30 %, плазматические клетки (2–3 %), снижается содержание гемоглобина. Частота диагностических ошибок при установлении диагноза лимфаденита (на разных стадиях его развития) колеблется от 26 до 56,3 %.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Неспецифические лимфадениты челюстно-лицевой области следует дифференцировать от следующих болезней:

- периостита и остеомиелита челюстей;
- метастазов злокачественных опухолей в регионарные лимфатические узлы;
 - лимфогранулематоза;
 - лимфолейкоза;
 - нагноившейся атеромы;
 - воспаления околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез;
 - специфических лимфаденитов;
 - слюннокаменной болезни.

Дифференциальная диагностика острого, хронического лимфаденитов и метастазов в регионарные лимфатические узлы приведена в таблице 2.

Таблица 2

**Дифференциальная диагностика острого и хронического
лимфаденитов и метастазов в регионарные
лимфатические узлы**

Клинический признак болезни	Острый лимфаденит	Хронический лимфаденит	Метастазы в лимфатические узлы
Жалобы больного	Округлые болезненные лимфоузлы	Увеличенные болезненные лимфоузлы	Увеличенные безболезненные лимфоузлы
Наличие предшествующего заболевания	В анамнезе — одонтогенная, стоматогенная, тонзиллярная патология в течение предшествующих 2–3 дней	После комплексной терапии слабая тенденция к уменьшению размеров лимфоузлов	Появление увеличенных лимфоузлов не связано с предшествующей болезнью
Клиническая характеристика лимфатических узлов	Увеличенные 1–2 лимфоузла соответственно зоне лимфооттока, подвижные, резко болезненные при пальпации	Увеличенные, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими мягкими тканями, плотные лимфоузлы	Плотные, малоподвижные или несмещаемые лимфоузлы, безболезненные, могут быть с бугристой поверхностью. Чаще определяется «пакет» лимфатических узлов

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

Обнаружение в поднижнечелюстных и подподбородочной областях увеличенных плотных, малоподвижных, а иногда спаянных с окружающими тканями, безболезненных лимфатических узлов является более характерным для метастазов злокачественных опухолей. Появление на поверхности бугристости еще более подтверждает правильность такого предположения, а обнаружение при этом такого же характера лимфатических узлов, расположенных по ходу сосудисто-нервного пучка шеи, указывает на далеко зашедшую стадию болезни. Окончательный диагноз о природе

злокачественной опухоли, метастазировавшей в лимфатические узлы лица и шеи, дает патогистологическое исследование.

При **лимфогранулематозе** лимфатические узлы в начальном периоде болезни бывают различной величины и плотности, чаще безболезненны. Располагаются в виде одиночных узлов, группами или цепочкой. В более поздних стадиях болезни пальпируются плотные, малоподвижные, иногда болезненные «пакеты» лимфатических узлов, в которых у отдельных больных можно различить изолированные узлы различной плотности. Кожа над ними натянута, блестяща. Одновременно увеличенные лимфатические узлы пальпируются и в других областях тела. Наряду с увеличением лимфатических узлов, при лимфогранулематозе с четким постоянством отмечается зуд кожи, потливость, лихорадка и характерное изменение лейкоцитарной формулы, в которой отмечается либо нейтрофильный лейкоцитоз, либо лейкопения с лимфопенией и эозинофилией, возможна гипохромная анемия.

При **лимфолейкозе** увеличенные лимфатические узлы располагаются с двух сторон в одноименных областях в виде «пакетов», но не спаяны между собой и подлежащими тканями, безболезненны, имеют мягкоэластическую консистенцию и расплывчатые контуры. Лейкоцитарная формула при лейкемических формах характеризуется подавляющим лимфоцитозом с преобладанием зрелых форм, но встречаются также пролимфоциты и лимфобласты. В большом количестве встречаются также клетки лимфолиза (тени Боткина–Губпрехта). В костномозговом пунктате обнаруживается более или менее выраженная лимфоидная метаплазия.

При алейкемической форме решающее значение в диагностике принадлежит стеральной пункции, обнаруживающей типичную

картину лимфоидной метаплазии костного мозга.

Болезнь Брилл–Симмерса, или лимфома гигантофолликулярная — один из наиболее доброкачественных вариантов лимфосарком. Она может в течение многих лет представлять собой бессимптомное увеличение околоушных, поднижнечелюстных, подбородочных лимфатических узлов, плотных на ощупь и тем самым наводящих на мысль о хроническом неспецифическом лимфадените или о реактивной фолликулярной гиперплазии. Диагноз гигантофолликулярной лимфомы (известной еще и под названием медуллярной лимфосаркомы — по классификации ВОЗ) ставится лишь при гистологическом исследовании. Так как при этой болезни со временем наступает генерализация (поражение близлежащих и отдаленных лимфатических узлов с вовлечением кожи, подкожной основы, миндалин, внутренних органов, костного мозга), следует не медлить с радикальным удалением пальпируемых узлов и тщательным гистологическим исследованием их.

ЛИМФАНГИТЫ

Лимфангит, — воспаление лимфатических сосудов — возникает в результате проникновения микрофлоры, ее токсинов в лимфатические пути. Развивается лимфангоит при воспалительных процессах в периодонте, периосте, челюстных костях, слизистой оболочке полости рта, коже лица, мышцах и т. п. Может иметь место и при попадании в лимфатические сосуды распадающихся клеток опухоли, а также инородных тел. Клинически лимфангоиты делятся на острые и хронические. Острый процесс развивается в поверхностных или глубоких сетях лимфатических сосудов. Хронический является результатом перехода острого вяло

протекающего процесса, что чаще бывает связано со слабой сопротивляемостью организма или нерациональным приемом антибактериальных препаратов. При лимфангите поражаются поверхностные или глубокие сосуды лица и шеи, иногда одновременно и те, и другие. При остром воспалении лимфатических сосудов происходит набухание стенок, нарушается их проницаемость. Сосуды расширяются, через их стенки выходят лейкоциты, которые проникают в прилегающую клетчатку. Одновременно просвет сосудов сужается за счет набухания их внутреннего слоя и образования лимфатических тромбов. Это ведет к стазу лимфотока. Переход острой стадии в хроническую характеризуется облитерацией сосудов, в результате чего возникают очаги отека и инфильтрации тканей, что приводит к увеличению тканей челюстно-лицевой области. В соответствии с топографией пораженных сосудов острый лимфангит делится на сетчатый (ретикулярный) и стволочный (тункулярный). Ретикулярный лимфангит характеризуется воспалением поверхностно расположенных сосудов.

Профилактика — своевременное лечение исходных болезней (периодонтита, периостита, остеомиелита и т. д.).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Девятов, В. А.* Острый подчелюстной лимфаденит: лечение и прогнозирование / В. А. Девятов, Ю. К. Едемский, С. В. Петров // Стоматология. 1991. № 5. С. 42–44.
2. *Лихота, А. Н.* Клиника, диагностика и лечение одонтогенных лимфаденитов : автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 / А. Н. Лихота / Киев. мед. ин-т им. А. А. Богомольца. Киев. 1988. 23 с.
3. *Поляков, В. Е.* Синдром локальной лимфаденопатии у детей / В. Е. Поляков, Ю. Г. Алексеевских, В. Н. Лялина // Рос. онколог. журн. 1997. № 3. С. 40–54.
4. *Супиев, Т. К.* Клиника и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний /Т. К. Супиев. Алма-Ата. 1990. 226 с.
5. *Хазов, П. Д.* Клинико-рентгенологическая дифференциальная диагностика увеличенных периферических лимфатических узлов / П. Д. Хазов, А. П. Хазов / Рязан. мед. ин-т им. И. П. Павлова. Рязань. 1992. Утв. 12.08.92. 10 с.: Деп. В ГЦНБ 12.08.92.№ Д–22731.
6. *Шаргородский, В. М.* Клинико-лабораторная диагностика и лечение лимфаденита лица и шеи : автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 / В. М. Шаргородский /Моск. мед. стоматол. ин-т им. Семашко. М. 1992. 23 с.