



СӨ

Ж

Тақырып: Іріңді протит,
Мастит, парапроктит, лимфангит,
лимфаденит, тромбофлебит.

Қабылдаған:

Тапсырған:

Тобы:

ЖМ-317

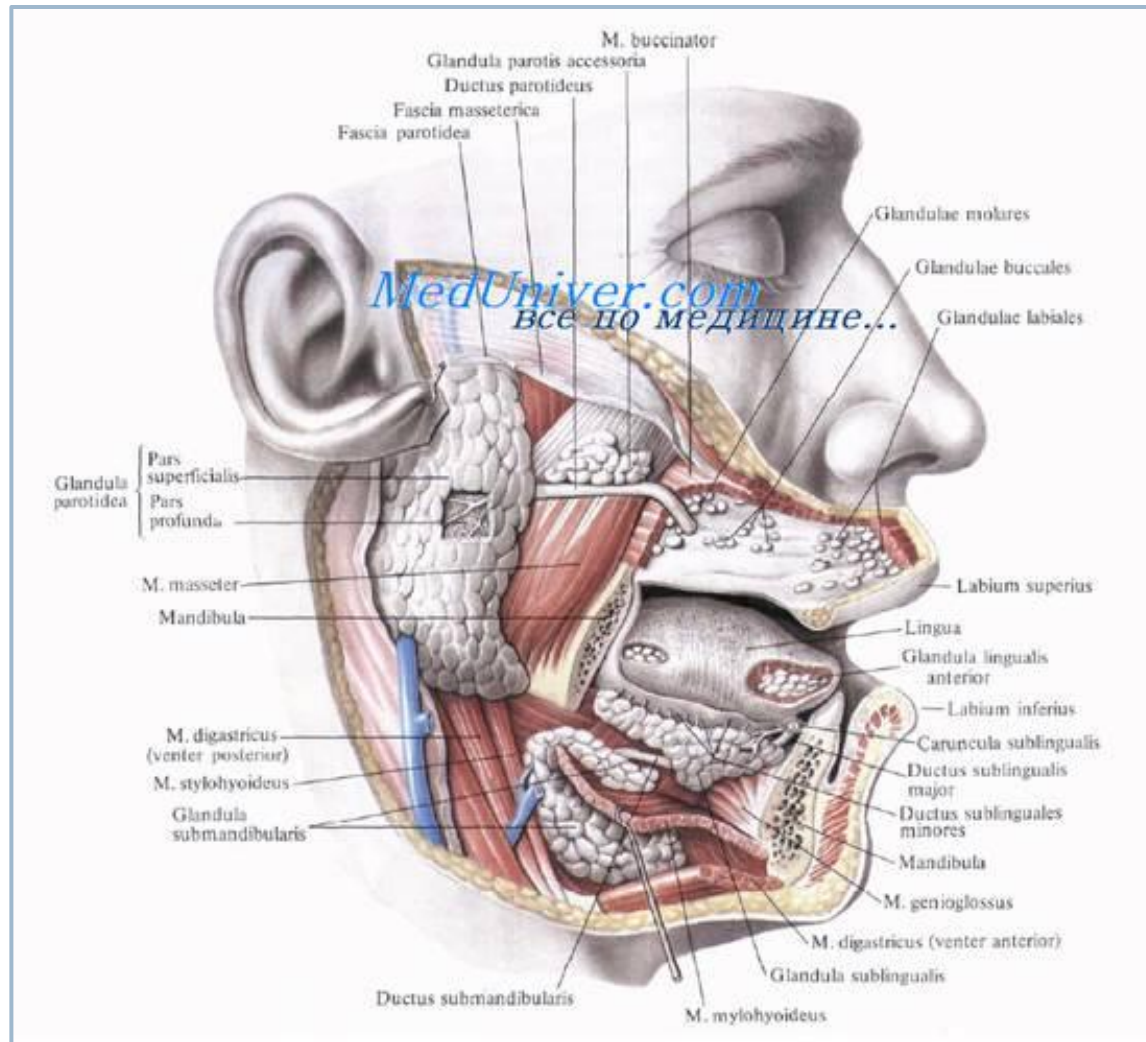
Жоспар:

- I. Кіріспе
- II. Негізгі бөлім
 - 1) Іріңді паротит
 - 2) Мастит
 - 3) Лимфаденит
 - 4) Лимфанит
 - 5) Парапроктит
 - 6) тромбофлебит
- III. Қорытынды



Іріңді паротит

- Іріңді паротит- құлақ түбі, яғни шықшыт бездерінің қабынуы – құлақ айналасының бездерінің іріңді қабынуы. Іріңді - қабынған сілекей бездерінен бөлініп шыққан секреттер (адамдар мен жануарлар ағзасының сыртқы секреция бездері бөліп шығаратын зат) стафилококктар мен стрептококктарды бөліп қарайды. Жұқпалы аурулардың таралуының соматогенді, гематогенді және лимфогенді жолдары болады.



Клиникалық көрінісі.

- Жұқпалы аурулар барысында ірінді паротит әдетте аурудың екінші жартысында дамиды, ал операциядан кейінгі кезеңде – операциядан кейін 4-5-ші күні дамиды. Жалпы көрінуі – дененің қызуының көтерілуі, бас ауруы, шайнау және жұту кезіндегі ауырсыну болып табылады. Қанның жалпы талдауында лейкоцитоз, лейкоцитарлы формуланың солға жылжуы байқалады.

□ *Жергілікті құбылыстар бездердің ісінуі, тығыздалу мен ауырсынып ұлғаюынан көрінеді. Оның астындағы теріні қан кернейді және ісінеді. Ауыз қуысының шыршыты қабығы ісініп, құлақ маңайы бездерінің каналының тесіктерін қан кернейді. Аурудың 3-4-ші күні каналдан іріңді экссудаттың бөлініп шығуы басталады.*



Емдеу.

Ауру басталарда консервативті емдеу (антибиотиктер, ауыз қуысын күту, диета және т.б.) басталады. Іріңді процестің болуы кезінде операцияны кешіктіруге болмайды. Бар сілекейлі тастарды алып тастау керек. Операция іріңді ошақты және дренажды ашудан тұрады. Операция кезінде 1,5 см-ден 3,0 см-ге дейін кесу жүргізіледі. Операцияны орындау кезінде беттің жүйке тамырлары мен оның тармақтарының орналасуын есепке алу қажет.

Мастит

- Мастит (mastitis) дегеніміз- Сүт бездерінің паренхималы және интерстициальді тіндерінің қабыну үрдісі. Жедел мастит көбінесе босанған және баласын емізетін әйелдерде 2-ші аптадан кейін болуы мүмкін, бұл босанғаннан кейін мастит деп аталады. Ал бала емізбейтін әйелдерде сирек кездеседі. Мастит ауруы инфекцияның түсуінен пайда болады. Мастит кезде көбінесе бір жақ сүт бездері қабынады, ал екі жақ сүт бездерінің қабынуы сирек кездеседі.

□

Маститтің жіктелуі

1. Ісіген.
2. Инфилтративті.
3. Іріңді-деструктивті.
4. Абцессті мастит.
5. Флегморнозды.
6. Гангернозды.
7. Жедел, созылмалы.



Этиологиясы және патогенезі

- Маститтің негізгі қоздырушысы монокультура түріндегі стафилококк және де ішек таяқшасы мен стрепткокк болып табылады. Ал, сирек жағдайда протей көк ірің таяқшалары, анаэробты флора және де «саңырауқұлақтар» қоздырады. Сонымен қатар маститтің сирек кездесетін арнайы түрлерін ажыратады. Оларға туберкулезді және мастит жатады. Инфекция көзіне бактерия тасымалдаушы және іріңді қабынуы бар науқастар жатады. Біріншілік деңгейдегі маститтің пайда болуы ауруханаішілік инфекцияға байланысты. Инфекцияның ену жолы- омырау емізік ұшы, тілініп кеткен кезде түседі. Сондай-ақ, инфекция баланы емізгенде немесе сүтті сауғанда түсуі мүмкін.

□ Ал, сирек жағдайда гематогенді, лимфогенді және эндогенді жолмен түседі. Қабыну үрдісінің пайда болуына иммунды жүйенің төмендеуі, қосымша аурулардың болуы және организмнің иммунды биологиялық реактивтілігінің төмендеуі әкеледі. Сонымен қатар ауыр босанған әйелдерде, асқынулар себеінен пайда болады. Бірінші рет босанған әйелдерде омырау емізігінің дұрыс дамымауынан, сүт бездерінің функционалдік қызметінің бұзылуынан пайда болады. Сүт бездерінің қабыну үрдісі кезінде сүтпен бірге ірің бөлінеді. Ал қабыну үрдісі тінге ауысқанда, серозды және іріңді қабыну үрдісіне және деструктивті өзгерістерге әкеледі. Серозды қабынуда сүт бездерінің тіндері серозды сұйықтыққа толады, қан тамыр айналасында лейкоциттер шоғырланады. Іріңді ошақтардың орналасуына байланысты интраммарлық және субареолярлық түрлерін ажыратады.

□ Сүт бездерінің артқы бөлігінде абцесстің орналасауы-ретромаммарлық абцесс деп аталады. Кей жағдайларда қан тамырларындағы қабыну үрдісі, сүт бездерінің жеке бөліктерін некрозға және маститтің гангренозды түріне әкеліп соқтырады. Негізінен созылмалы іріңді мастит ұсақ абцесс ошақтарының және қатар жатқан тіндердің индурациясына әкеледі. Бұл жедел маститті дұрыс емдемеудің нәтижесінде дамиды. Сонымен қатар аурудың ағымына байланысты жедел және созылмалы мастит түрін ажыратады. Ал қабыну үрдісіне байланысты паренхиматозды және интерстициалды мастит болып бөлінеді. Жедел мастит кезіндегі қабыну үрдістері: серозды, жедел инфильтративті, деструктивті-абцессті, флегмонозды, гангренозды болады. Сонымен қатар созылмалы маститтің іріңді және іріңді емес түрелін ажыратады.

Клиникалық көрінісі және диагностикасы

- Маститтің бастапқы кезінде, уақытында диагностика жүргізу нәтижесінде, қабыну үрдісінің алдын алуға болады. Сүт бездеріндегі жедел қабынуына сүттің тұрып қалуы әсер етеді. Бірінші рет босанған әйелдерде сүттің тұрып қалуы 2 есе жиі кездеседі. Науқастар сү бездеріндегі ауырсынуға шағымданады. Бұл ауыру сезімі біртіндеп күшейеді. Сүт бездерінде ісіну болғанда олардың шекарасы анық, қозғалмалы, бірақ та ауырсыну сезімі болмайды. Омырауды қысқан кезде сүт еркін шығады және сауғанда ауырсыну болмайды. Сауғаннан кейін жеңілдік пайда болады. Маститтің жалпы белгілеріне дене температурасының жоғарылауы жатады. Бірақ бұл кезде қан анализі қалыпты болады. Маститтің бастапқы түрін сүт бездеріндегі сүттің тұрып қалуынан ажырату оңай емес. Бұл екі жағдайда дене температурасы көтеріледі. Сондықтан маститтің қай түрі екенін ажыратып, алдын-алу, емдеу шараларын жүргізуіміз қажет.

□ Іріңді микрофлораның тұрып қалған сүтке енуі 2-4 күннен соң серозды мастит түріне әкеледі. Асқыну жедел пайда болады. Дене қызуы жоғарылайды, тершеңдік, әлсіздік, сүт бездерінің ауырсынуы байқалады. Сүт бездері үлкейіп, пальпация кезінде ауырсынуды, инфильтрат дұрыс анықталмайды. Сүтты сауған кезде ауырсынуды және сауған кезде жеңілдікке әкелмейді. Қанда лейкоциттер саны $10,0-12,0 \cdot 10^9$ дәрежесі л/сағ. Эритроциттердің тұну жылдамдығы 20-30мм/сағ. Уақытында дұрыс ем жасалған соң 3-6 күннен кейін маститтің инфильтративті түріне айналады. Бұл кезде дене температурасы 38-40 градус. Пальпация арқылы ісінудің анық шекарасын анықтауға болады.

□ Қабыну үрдісі сүт қышқылын жоғарылауына және сілтілі фосфатазаның белсенділігінің жоғарылауына әкеледі. Сүт бездерінің жасушалық тіндерін микроскопиялық тексергенде көптеген мөлшердегі лейкоциттерді анықтауға болады. Маститтің бастапқы түрінің іріңді қабынуға ауысуы жалпы және жергілікті белгілеріне юайланысты болады. Дене температурасы үнемі жоғары, сүт бездеріндегі инфильтрат үлкейеді, тері гиперемиясы, сүт бездерінде флюктуация пайда болады. Науқастардың жағдайының ауырлауы іріңді мастит кезінде байқалады. Дене температурасы 40—41 градус, пульс 120-130 мин, сүт бездері үлкейеді, терісі ісініп, көпіршіктер пайда болады. Көпіршіктер геморрагиялық сұйықтыққа толы болады және айналасында некроз ошақтары қалыптасады. Ісіну қарсы жатқан тіндерге жайыла бастайды. Қанда лейкоцитоз көбейіп, лейкоциторлы формула солға қарай жыжиды және токсикалық лейкоциттер пайда болады. Ал зәрде белок мөлшері көбейеді. Сонымен қатар мастит кезінде қосымша аурулар лимфангит, лимфаденит, сепсис пайда болуы мүмкін.

□ Іріңді маститті некроз беру арқылы операция жасайды. Ал беткейлік ірің кезінде инфилтративті анестезия арқылы жасайды. Бұл кезде сүт бездерін тереңірек тіліп, барлық нектроздалған тінді және жиналған іріңді ошақтарды ашып тазалайды. Интрамаммарлы іріңді іріңді радиарлы кесу арқылы ашады да, іріңді сыртқа шығарады, пероксид ерітіндісімен жуады. Сосын тілінген шеттерін ашып, абцесс ошақтарын қарап, сүт бездеріне жағдайына көңіл аударады. Егерде басқан кезбе ірің шықса, сол ірің шыққан жерді корицангпен ашып, некроздалған тіндерді алып тастайды. Егер бірнеше интрамаммарлы абцесс болса, олардың әр біреуін жеке-жеке тіліп ашады. Ретромаммарлы және терең орналасқан интрамаммарлы абцессті төменгі қыртысымен жартылай дөңгелетіп тіледін Интрамаммарлы іріңді артқы жағынан ашып, іріңді ошақты дренаждайды.

Емі

- Маститтің бастапқы түрінде консервативті ем қолданылады. Ал іріңді асқынған түрлерінде жедел хирургиялық ем жүргізу қажет. Сүт бездеріндегі сүттің тұрып қалуы кезінде қозғалтпайтын таңу жүргізіледі. Омыраудағы сүтті күнделікті сауып отырады, бірақ емізуды тоқтатпайды және де сұйықтық мөлшерін шектейді. Окситоцин және дротаверин тағайындайды. Ал серозды және инфилтративті мастит кезінде антибиотиктер тағайындалады (жартылай синтетикалық пенициллин, аминоглюкозид, цефалоспорин, макролид, сульфаниламид). Сонымен қатар инфузионды терапия, қан алмастырушысы сұйықтықтар, ақуыз препараттары және тұзды ерітінділер тағайындалады. Ағзаның иммунды күшін арттыратын заттар да қолданылады. Міндетті түрде, күнделікті сүтті сауу керек. Серозды және инфилтративті маститте УВЧ-терапия, УЗ, УФ қолданылады.

Алдын-алу

- Маститтің алдын-алу әйелдерге кеңес беру мекемесінде босанғанға дейінгі уақытта жүргізіледі. Алдын-алу шараларына: босанған әйелдерге дұрыс емізуді үйрету, сүт бездеріне дұрыс күтім жасау, жыл сайын ттексерілістен өтіп отыруы қажет. Аяғы ауыр, маститтің даму қаупі бар, сүт бездерінің аномалиясы бар әйелдерге ерекше көңіл бөлу қажет.

□ Кешенді алдын-алу шаралары ретінде босанғаннан кейінгі жарақатты, қан жоғалтуды болдырмау, сүт бездерінде сүттің тұрып қалмауы, баланы емізгенге дейін және емізгеннен соң еміздікті тазалау керектігін ескерту қажет. Маститтің дамуына әкелетін ауруханаішілік инфекцияны ескере отырып, санитарлық-эпидемиологиялық тәртіпті сақтау, жаңа туған нәрестелерді іріңді-қабыну ауруларынан қорғау үшін алдын-алу шараларын жүргізу керек. Бірінші кезекте босанған әйелдерге санитарлық-гигиеналық күтім жасау, палаталарда күнделікті тазалау жұмыстары және бактериоцидті шамдарды қолдану жүргізіледі.



Парапроктит

Тік ішек айналасындағы майлы клетчаткалардың іріңді қабынуы.

Парапроктитті басқаша параректальды абсцесс деп те атайды — тік ішек маңы клетчаткасының іріңді қабынуы.

Қоздырғыштары – көбінесе көк ірің таяқшасы, ақ және алтын түсті стафилококктар, анаэробтар, осы аталған микробтардың ассоциациясы.

Сонымен қатар этиологиясында келесі микроорганизімдер маңызды орын алады.

Ішек таяқшасы

анаэробтар

Алтын стафилококк

Ақ стафилококк;

стрептококк;

энтерококк;

Клостридиальды анаэроб *Cl.perfringens*, *Cl.Hystoliticum*, *Cl.oedematiens*,


Cl.septicum;



Оның екі түрі бар:

- Жедел – алғашқы рет пайда болған.
- Созылмалы – жедел парапроктит дұрыс емделмеу салдарынан қайта асқынуы.



-
- Микробтардың ену жолдары – қабынған геморрой түйіндері, анустың шырышты қабаты немесе терісінің жарылулары, қасығанда микрожарақаттануы, тік ішектің шырышты қабатының зақымдалуы, қабынулары. Қабынған майлы клетчаткалар ісініп, суланып, іріңдегенде, айналасындағы дәнекер тіндерде инфильтрация орын алады. Шірікті инфекция туындаса, процесс жайылып, лимфа жолдарымен таралып, тіндердің өліеттенуіне әкеліп, өте ауыр шірікті – некроздық парапроктит дамиды.
-
- 

-
- Анальды бездер, тоқ ішектің шырышты қабатының зақымдануы, гематогенді және лимфогенді жолмен, қабыну процесі бар басқа мүшелер арқылы инфекция енуі мүмкін. Көптеген зерттеушілер оны Жаралы колит және Крон ауруы асқынуы деп айтады..
 - **Эпидемиологиясы:** Парапроктит — проктологиядағы ең жиі кездесетін тік ішектің аурулары ішінде 20-40 % алады. Парапроктит кездесу жиілігі бойынша геморрой, анальды жыртылу және колиттен кейін 4 орында. Парапроктитпен ер адамдар жиі ауырады. Арақатынасы 1,5:1 ден 4,7:1. Парапроктит — ересектердің ауруы. Балаларда сирек кездеседі.
-



Жіктелуі

Этиологиясы бойынша

- Спецификалық емес парапроктит,
- Спецификалық парапроктит,
- Посттравматикалық парапроктит.

Қабыну процесі жүруі бойыншы:


- жедел парапроктит,
 - рецидивирлеуші парапроктит,
 - Созылмалы парапроктит (тоқ ішекте жынанкөзі).
-




□ **Шектелген парапроктит 5 түрге бөлінеді:**

- тері асты;
- ишиоректалды;
- пельвиоректалды;
- шырышты қабат асты;
- ретроректалды.



-
- **Тері асты парапроктит** анустың айналасында тері астында орналасады. Қабынған жер ісінеді, қызарады, қатты ауырады, ауырсыну үлкен дәретке барғанда **Ишиоректалды парапроктит** – шонданай сүйек пен тік ішек аралығындағы терең жатқан майлы клетчаткалардың іріңді қабынуы. Процесс жоғары, төмен, тік ішекті айналып өтіп, қарама-қарсы ишиоректалды кеңістікке таралады, ағымы өте ауыр, науқастардың дене қызуы көтеріліп, тік ішек айналасы қатты солқылдатып, шыдатпай ауырады. Бастапқыда қабынудың терең орналасуына байланысты жергілікті белгілері көзге көрінбейді. Тік ішекті саусақпен тексергенде, екінші қолмен тік ішектің айналасын пальпацияласа, тіндердің ауырсынуы, инфильтрациясы, іріңдегенде флюктуация анықталады.
 - **Шырышты қабат асты парапроктит** – тік ішекті саусақпен тексергенде анықталады, басқа түрлеріне қарағанда, науқасты ауырсыну сезімі онша қатты мазаламайды.
-
- 

-
- **Пельвиоректалды парaproктит** – сирек кездессе де, ағымы өте ауыр, клиникалық белгілері ишиоректалды парaproктитке ұқсас келеді. Іріңдік жамбас қуысының түбін құрайтын диафрагма үстінде орналасады, сондықтан жергілікті қабыну белгілері жоқтың қасы. Өте сирек жағдайда іріңдік шонданай – тік ішек ойығына өтіп, ары қарай артқы тесік айналасынан теріні жарып, сыртқа шығады. Диагноз қоюда тік ішекті саусақпен, тік ішек айнасымен, ректороманоскоппен зерттеу өте маңызды.
 - **Ретроректалды парaproктит** – тік ішектің артқы жағында орналасқан іріңдік, инфекция лимфа жолдары арқылы түседі. Клиникасы пельвио- және ишиоректалды парaproктиттерге өте ұқсас келеді, жалпы интоксикациялық симптомдар басым, жергілікті белгілері айқын емес, науқастар іштің төменгі бөлігінде және үлкен дәретке отырғанда ауырсынуға шағымданады. Саусақпен тексергенде, тік ішектің артқы қабырғасында ауыратын, шектелген, сопақша келген томпаю анықталады. Ауырсыну құймышаққа беріледі. Абсцесс екі жақтағы ишиоректалды кеңістікке жайылған жағдайда, іріңдік пішіні ат тағасына ұқсағандықтан, таға тәріздес парaproктит деп аталады.
-
- 

□ **Созылмалы парапроктит** кезінде іріңді жыланкөздер (свищ) пайда болады. Ол анал тесігі айналасы немесе маңында болады. Ауырсынуы сирек байқалады. Ірің сыртқы бөлінеді. Созылмалы парапроктит дамуы кезінде жыланкөз ауызы білетіп үлкен абсцесс туғызуы мүмкін. Оның әсерінен жаңа тіндер зақымдалып, ірің жарылып, сыртқа бөлініп немесе тік ішекке болінуі мүмкін. Некротизация жүреді.




□ **Парапроктиттің диагностикасы**

- Негізгі диагностикасы— тік ішек пен анал тесігі айнала ауырсынуына шағым. Диагноз қою үшін саусақпен ректальды зерттеу жүргізеді. Кейде ауырсыну сезімі қатты болуына байланысты наркоз беру арқылы зерттейді

Лабораторлық зерттеулер ішінен қан мен зәр анализі керек. Қан анализінде қабыну процессі жүріп жатқанын көреміз, ультрадыбысты зерттеу ректальды датчик арқылы жүргізіледі. Жыланкөз болса фистулография жасалынады.



-
- **Емі.** Қабынудың басты кезеңінде консервативті ем жүргізіледі: калий перманганатының ертіндісімен жылы су ваннасына 30 минуттан күніне екі мәрте отыру немесе қыздырғыштармен (грелкалар) қыздыру, УЖЖ, антибиотиктер, сульфаниламидтер, витаминдер, тік ішекті тітіркендірмейтін тағамдар, дезинтоксикациялық терапия жүргізіледі. Іріңді сұйықтық түзілгенде операция жасалады. Іріңдіктерді 34, 35-суреттерде көрсетілгендей радиалды, жарты ай тәріздес тілу арқылы ашып, іріңді сыртқа шығарып, антисептиктермен жуып, қуысты дренаждайды.
 - Операция алдында ішекті клизма арқылы тазалап, операциядан соң үлкен дәретті тежеу мақсатында опий еритіндісін 5 – 6 тамшыдан күніне 3 уақыт ішкізеді. Зәр шығару қиынға соқса қуық маңына жылу басып немесе 5 -10 мл. 40% уротропин еритіндісін көк тамырға енгізеді. Парапроктиттің шірікті – некроздық түрлерінде іріңдікті кеңінен тіліп ашып, жараны өліеттерден толық тазартады, мұқият дренаждайды.
-
- 


-
- Парапроктиттің рецидивін алдын алу
 - Операциядан кейінгі тұрықты эффектті сақтау үшін белгілі ержелерді сақтау керек
 - іш қатуды алдын алу. Ол үшін өсімдік текті клетчаткаға бай өнімдер қолданылады (жеміс жидектер, көбінесе қызылша, қырыққабат) сондай ақ сүтқышқылды өнімдер (айран, простокваша, ірімшік). Үн өнімдерін азырақ пайдаланған жөн.
 - іріңді асқынуларды алдын алу үшін , қантты диабет ауруы кезінде қандағы қант мөлшерін қалыпта ұстау керек.
 - Қалыпты дене массасын ұстап тұру.
 - Жеке гигиенаны сақтау– үлкен дәреттен соң үнемі шайыну.
 - анальды жарылу мен гемморойды уақытылы емдеу.
-



Лимфаденит

Лимфаденит деп – лимфа түйіндерінің қабынуын айтады. Ол екіншілік ауру болып табылады, инфекция қабыну ошағынан лимфа тамырларымен таралғанда дамиды.

Клиникалық көрнісі: лимфа түйіндері ісінеді, ауыру сезімі пайда болады. Іріңді лимфадениттің негізгі белгісіне айналасындағы терісінің қызаруы жатады. Дене қызуы субфебрильді болады, содан кейін 39-40⁰С дейін көтеріледі. Лимфадениттің асқынулары: аденофлегмона – инфекция лимфа түйінінен қоршаған шелмайына таралғанда дамиды; абсцессті лимфаденит – лимфа түйіні іріңді ыдырауға ұшырап, флюктуация белгісі пайда болады. Лимфаденитті гидрадениттен, сыздауықтан, лейкоздан, моноклеоздан, актиномикоздан, катерлі ісіктің метастазынан, туберкулезді лимфадениттен, қысылған шап немесе сан жарықтарынан, мерез ауруынан ажырату қажет.






-
- Лимфаденит – воспалительный процесс, локализующийся в лимфатических узлах. В редких случаях он является самостоятельной патологией, чаще всего его наличие – это своеобразный симптом, который сигнализирует о том, что в организме человека происходят какие-либо патологические реакции. Стоит отметить, что симптомы лимфаденита могут быть разнообразными – все зависит от того, какой вид патологии прогрессирует у человека.
- Классификация**
Симптоматика
Острая катаральная форма
Острый гнойный лимфаденит
Хронический лимфаденит
Подчелюстная форма
Шейный лимфаденит
Подмышечная форма
Паховая форма
- Диагностика**
Лечение
- Общие признаки представлены местным и общим повышением температуры тела, сильным болевым синдромом, гиперемией кожного покрова, ознобом и зудом. Лимфаденит – патология, которая может развиваться у любого человека, независимо от пола и возраста. Его часто диагностируют у детей.
-



-
- ПРИЧИНЫ Все причины, которые могут спровоцировать прогрессирование лимфаденита, можно условно разделить на две большие группы – неинфекционные и инфекционные.
 - Чаще всего встречаются именно инфекционные причины. Инфекционные агенты из патологических очагов, которые уже имеются в организме, распространяются по кровеносным и лимфатическим сосудам и провоцируют развитие воспалительного процесса. Возбудителями патологии являются следующие патогенные микроорганизмы: стрептококк; стафилококк; туберкулёзная палочка; ВИЧ; паразитарные инфекции; грибковые инфекции.
-





-
- Неинфекционные причины лимфаденита: воспалительный процесс развивается в ответ на внедрение в организм инородного тела (частая причина прогрессирования недуга); онкология лимфатических сосудов. Данную патологию также именуют лимфомой; метастатический рак, который распространился из других частей тела (эта причина более часто встречается у пожилых людей).
-
- 

□ КЛАССИФИКАЦИЯ


- В медицине используют классификацию, которая основывается на таких критериях: этиология; длительность протекания; характер воспалительного процесса; место локализации. Классификация лимфаденита в зависимости от интенсивности и длительности воспалительного процесса: острый лимфаденит. Начало развития патологического процесса острое. Основные причины прогрессирования патологии: инфицирование раны, наличие острого инфекционного заболевания в организме, проведение хирургического вмешательства; хронический лимфаденит. Эта патология напрямую связана с прогрессированием онкологического заболевания или наличием в организме инфекционного процесса, который долгое время не стихает; рецидивирующий. Причина его возникновения – хроническая инфекция.




-
- По этиологии: неспецифический. Его развитию способствует бактериальная и грибковая флора, которая практически всегда присутствует на кожном покрове и слизистых; специфический. В этом случае лимфаденит указывает на то, что за пределы патологического очага начали распространяться специфические инфекции, такие как токсоплазмоз, чума, туляремия, туберкулёз, сифилис, бруцеллёз.
-
- 


-
- По характеру воспалительного процесса: серозный. Этот вид является стадией, которая предшествует гнойному лимфадениту. Протекает недуг, как правило, без ярко выраженных симптомов. Развивается как следствие лимфомы, раковых метастаз или вирусной инфекции; гнойный. Опасная форма патологии. Симптомы выражены ярко. Без лечения может развиваться сепсис. У пациента отмечается ухудшение самочувствия, сильные боли, повышение температуры тела и прочее. По месту локализации воспалительного процесса: подчелюстной лимфаденит. Наиболее распространённая форма; лимфаденит шеи. Чаще всего его можно диагностировать у ребёнка или же у людей, которые часто болеют простудными заболеваниями; паховый лимфаденит у женщин и мужчин. Обычно диагностируется только у взрослых. У ребёнка его диагностируют в редких клинических случаях; подмышечный лимфаденит; околоушной лимфаденит.
-
- 


СИМПТОМАТИКА

- Симптомы лимфаденита напрямую зависят от вида патологии, тяжести её протекания, а также от места локализации патологического процесса. **ОСТРЫЙ КАТАРАЛЬНЫЙ ЛИМФАДЕНИТ** Острый лимфаденит этой формы считается наиболее лёгким. В случае его прогрессирования наблюдается увеличение и уплотнение лимфоузлов. При пальпации они болезненные. Их подвижность сохранена. Иногда наблюдается отёк и гиперемия тканей, расположенных в непосредственной близости к воспалённому лимфоузлу. Температура тела повышается до субфебрильных значений. Общее самочувствие пациента несколько ухудшается. Иногда организм самостоятельно устраняет инфекцию, и воспаление проходит.
-
- 

-
- Острый лимфаденит с развитием гнойного процесса является наиболее опасной формой патологии. В структурах узла формируется гнойник, из-за которого рядом расположенные ткани начинают расплавляться. Такой лимфатический узел перестаёт выполнять защитные функции и превращается в источник инфекции, из которого бактерии с током лимфы и крови распространяются в остальные органы. Гнойный лимфаденит может привести к сепсису. Симптомы заболевания: состояние больного очень тяжёлое; сильный жар; лихорадка; тошнота, возможны рвотные позывы; лимфоузлы болезненны и неподвижны. Это обусловлено тем, что из-за отёка и воспаления они спаиваются с рядом расположенными тканями; кожный покров гиперемирован; самопроизвольное вскрытие гнойника. Не стоит думать, что это принесёт облегчение. Нет гарантии того, что из узла полностью выйдет гнойное содержимое и процесс нагноения прекратится. Особо опасно, если разрыв гнойника произойдёт внутрь.
-
- 

ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФАДЕНИТ


- Хронический лимфаденит у детей и взрослых развивается на фоне хронических или вялотекущих инфекционных процессов в организме. Часто он указывает на то, что развивается сифилис или туберкулёз. Лимфоузлы увеличиваются обычно в одной области (подчелюстной, подмышечной, на шее), подвижны и слабо болезненны. Характерный симптом хронического лимфаденита у ребёнка или взрослого – периодическое увеличение лимфоузлов, которые никогда не возвращаются до своих физиологических размеров.
-
- 

-
- Подчелюстной лимфаденит у детей и взрослых встречается наиболее часто. Обычно он начинает прогрессировать на фоне заболеваний ротовой полости – кариеса, гингивита, пульпита, периодонтита и прочее. Также причиной его развития может стать ангина. Для подчелюстной формы недуга характерно поражение подчелюстных лимфатических узлов – они становятся больше в несколько раз, болезненные и могут нагнаиваться. Болевой синдром при подчелюстной форме усиливается во время движений нижней челюсти. Иногда боль иррадирует в уши. По этой причине при такой локализации патологического процесса у ребёнка требуется исключить острый отит. Из-за воспаления также повышается температура тела, и присоединяются симптомы общей интоксикации организма. Если при подчелюстной форме произойдёт нагноение, то это может спровоцировать развитие опасных осложнений.
-
- 

ПОДМЫШЕЧНАЯ ФОРМА

- Подмышечный лимфаденит встречается реже, чем подчелюстной или шейный. Его редко диагностируют у ребёнка. Основная причина воспаления лимфоузлов в подмышечной впадине – занос патогенных микроорганизмов с током крови и лимфы из других очагов инфекции. Также инфекция может проникнуть и через травмы кожного покрова в данной области. Часто это случается во время бритья. Через порез инфекционные агенты легко проникают в ткани, и начинает прогрессировать подмышечный лимфаденит.




-
- Симптомы подмышечной формы патологии: увеличение лимфоузлов и их нагноение; повышение температуры тела; резкая болезненность узлов; явления общей интоксикации; отёк окружающих тканей; возможен прорыв гнойника наружу (с образованием свищей в подмышечной впадине) и внутрь (образование аденофлегмоны).
-
- 


ПАХОВАЯ ФОРМА


- У ребёнка её диагностируют редко. Чаще патология развивается у взрослых. Причины её прогрессирования: гноеродная микрофлора; бледная трепонема; рожистое воспаление нижних конечностей; злокачественные образования в органах малого таза; образования на половых органах доброкачественного и злокачественного характера. Симптомы: болезненность лимфоузлов; нагноение способствует развитию таких осложнений: гнойные свищи, тромбофлебит, флегмона.



ДИАГНОСТИКА

- Биопсия лимфатического узла Стандартный план диагностики лимфаденита у детей и взрослых включает в себя: анализ крови; пальпация лимфатических узлов; анализ крови на ВИЧ; КТ; УЗИ; кожно-аллергические пробы; биопсия. ЛЕЧЕНИЕ Лечение лимфаденита должно быть только комплексным. Стоит учесть, что необходимо лечить не только этот патологический процесс, но и проводить терапию заболеваний органов и систем, которые стали причиной прогрессирования лимфаденита. На начальных стадиях развития патологического процесса целесообразно прибегать к консервативному лечению: поражённый участок необходимо как можно меньше задевать физически (полный покой); противовоспалительные мази и лекарственные препараты; физиотерапия: УЗ, гальванизация, электрофорез.
-
- 

-
- Если во время диагностики было точно установлено, что причиной прогрессирования патологии является инфекционная флора, то следует обязательно включить в терапию антибиотики. Особенно это актуально в том случае, если имеет место гнойный процесс. Его лечение проводят только хирургическим путём – нагноившуюся полость вскрывают и проводят её дренирование. После этого необходимо регулярно проводить обработку раны и её перевязку. Антибиотики назначаются сразу после проведения вмешательства. Если во время проведения биопсии было установлено, что имеет место опухолевый процесс, то в таком случае прибегают к химиотерапии и облучению.
-
- 

-
- Лечить лимфаденит рекомендовано такими препаратами: анальгетики. Помогут уменьшить интенсивность болевых ощущений; противовоспалительные препараты; антибиотики, которые помогут уничтожить инфекцию. Длительность приёма и схему расписывает врач. Как правило, назначаются антибиотики широкого спектра действия. Проводить лечение лимфаденита самостоятельно при помощи медицинских препаратов строго запрещено, так как есть высокий риск развития осложнений. Если у ребёнка или взрослого проявились симптомы патологии, следует незамедлительно обратиться к квалифицированному врачу, который назначит адекватное лечение. Также исключено лечение патологии народными средствами.
-
- 

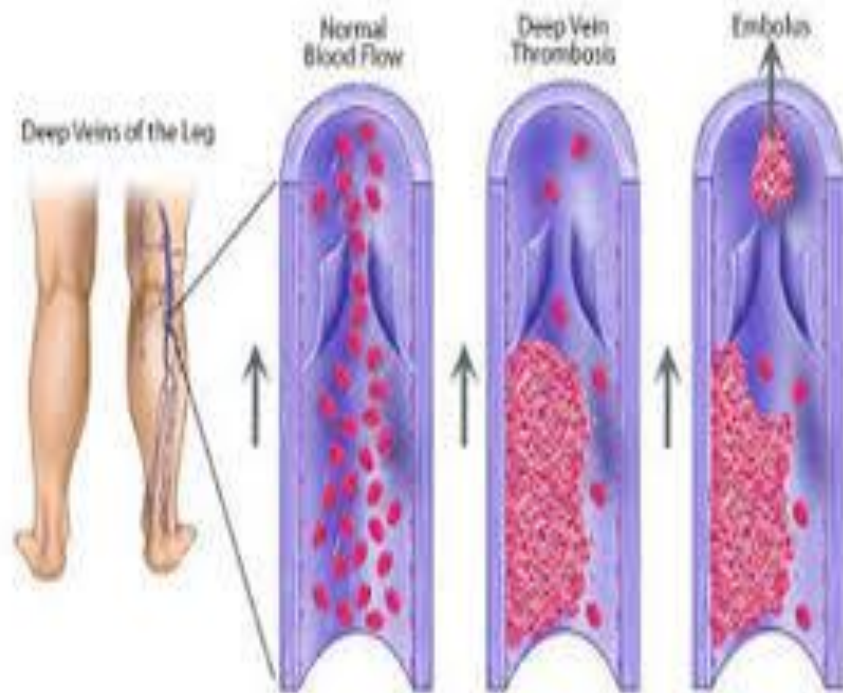
Жедел тромбофлебит

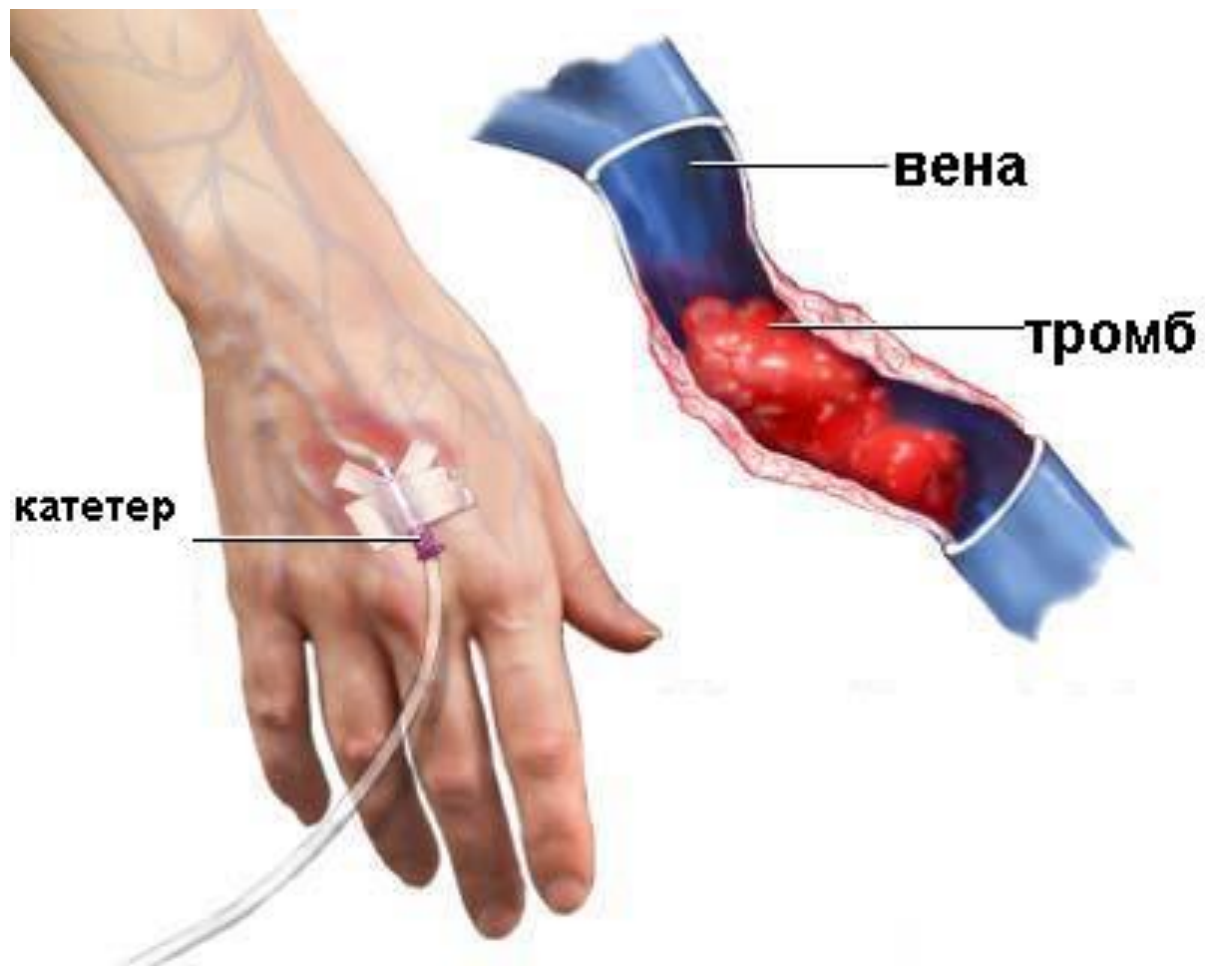
Жедел тромбофлебит – вена қабырғасының жедел қабынуы (флебит) мен оның саңылауында тромбтың түзілуімен сипатталады. Флебиттің пайда болуының себебі – вена қабырғасына микробтың енуі. Оның дамуында веналық қан айналымының

бұзылуы (веналық іркіліс), вена қабырғаларының зақымдалуы, қанның ұюының өзгерістері, нерв-трофикалық бұзылыстар, аллергиялық реакциялар немесе жанында орналасқан тіндерден инфекцияның таралуы себепші болады. Флебитті көбінесе ірің тудырушы микробтар қоздырады. Инфекция венепункция жасағанда асептика ережелері бұзылған жағдайда тікелей түсуі мүмкін. Сирек жағдайда инфекция басқа қабыну ошағынан гематогенді жолмен таралып, венаның қабырғасын зақымдайды. Дамыған қабыну үрдісінің нәтижесінде трофикалық бұзылыстар пайда болады. Осы мезгілде қанның ағу жылдамдығы да баяулайды, ол тромбтардың түзілуінің себепшісі болады.



Тромбофлебит






Клиникалық көрністері: Тромбофлебитте ісіну, қабынған венаның бойымен ауыру сезімі пайда болады. Дене қызуы 38-40°C дейін жоғарылайды, қалтырау, аяқтағы қатты ауыру сезімі байқалады. Ісіну тез ұлғаяды.

Асқынулары: венаның бойымен тромбоз тез тарайды; тромбоэмболия дамиды – өкпе артериясының эмболиясы; кішігірім тромбтар ұлғайып тамырды бітейді, сепсис дамуы мүмкін.

Емі: спазмолитиктер, антикоагулянттар, антиагреганттар тағайындалады; аяқты арнайы құрсауға (Беллер құрсауына) орналастырады; антибактериальді және дезинтоксикациялық, қабынуға қарсы ем жүргізіледі, физиотерапия (УЖЖ) тағайындалады. Ірінді тромбофлебит дамыса немесе сепсистің даму қаупі туса, операция орындалады – венаны кесіп алу (флебэктомия).




Лимфангиит

- Лимфангиит- лимфа тамырларының жедел іріңді қабынуы болып табылады. Инфекция мен оның улары біріншілік іріңді ошақтан таралып, лимфа тамырларының қабынуын тудырады. Қабыну үрдісіне беткей және терең орналасқан лимфа тамырлары шалдығуы мүмкін. Бұл кезде лимфа тамырларының саңылауы тромбпен бітеледі.



Клиникалық көрінісі


- Жалпы белгілер біріншілік ошақтағы қабыну үрдісінің дәрежесіне байланысты болады. Дене қызуы көтеріледі. Қабынған лимфа тамырларының аймағында ауыру сезімі пайда болады. Жергілікті белгілер- ұсақ лимфа тамырларының қабынуында жайылған гиперемия, ретикулярлы немесе торлы түрлері байқалады. Беткей орналасқан ірі лимфа тамырлары зақымдалғанда, біріншілік іріңді ошақтан ригионарлы лимфа бездеріне бағытталған қызыл түсті жолақтар пайда болады. Пальпаторлы лимфа тамырлары ауырсынады және тығыз жіп боп сезіледі. Лимфангиттің асқынулары: лимфаденит, флегмона, сепсис, пілаяқтық.
-
- 


Неспецифический лимфангит




-
- **ЭТИОЛОГИЯ** Основная причина прогрессирования лимфангита – наличие в организме человека воспалительного очага инфекции. Инфекционные агенты, провоцирующие развитие недуга: стафилококк; стрептококк; протей и другие патогенные аэробные микроорганизмы.



-
- Лимфатическая система – сложная сосудистая структура, защищающая организм человека от патогенных биологических агентов. В ответ на внедрение вирусов и бактерий в лимфе вырабатываются особые иммунные клетки, создающие преграду на пути инфекции и очищающие кровь. У здоровых людей лимфа оказывает бактерицидное действие и уничтожает патогенные микробы. При отсутствии иммунной защиты и тяжелом инфицировании утрачивается ее барьерная функция, воспаляются сосуды и узлы, развивается лимфангит и лимфаденит.
-
- 


-
- Возбудителями невенерического лимфангита являются представители кокковой микрофлоры — стафилококки и стрептококки, а также палочки — кишечная, синегнойная, гемофильная, протей. Аэробная флора часто бывает представлена ассоциацией микроорганизмов. Воспаление распространяется от очага инфекции по лимфатическим сосудам к лимфоузлам.
-
- 


-
- Если воспаление вокруг раны выражено незначительно, оно проходит самостоятельно через пару дней без специального лечения. При недостаточности иммунитета инфекция внедряется в более глубокие слои и вызывает их нагноение.
 - **Специфическое воспаление сосудов развивается у лиц с туберкулезной, сифилитической и герпетической инфекцией.**
 - Причинами лимфангита нижних конечностей являются ссадины, микротравмы, расчесы, панариций.
-
- 

Симптоматика

- Симптоматика
 - Для острого лимфангита характерны выраженная интоксикация и местные проявления.
 - Общие симптомы патологии:
 - Лихорадка,
 - Познабливание,
 - Ухудшение общего самочувствия,
 - Повышенная потливость,
 - Разбитость,
 - Язык обложен,
 - Лейкоцитоз в крови.
-



-
- **Тяжелее всего протекает гнойная форма заболевания.** Молниеносно развивается лимфангит после ранений или септических операций. Усугубляют течение патологии следующие состояния: сахарный диабет, алкоголизм, хроническое голодание, кахексия.
 - Карциноматозный или раковый лимфангит — разновидность хронического лимфангита, который развивается у лиц, страдающих раком легких или молочной железы.
 - Регионарный лимфаденит является местным осложнением лимфангита. Микробы из очага поражения по сосудам проникают в лимфоузлы. Воспаление лимфоузлов проявляется их увеличением и болезненностью на фоне интоксикационного синдрома. Гнойно-воспалительный процесс распространяется на один или несколько лежащих рядом лимфоузлов.
-
- 

-
- **У мужчин нередко воспаляются лимфатические сосуды полового члена.** Невенерический лимфангит развивается в результате регулярного онанирования или после травматического повреждения члена. На коже появляются ссадины и трещинки, которые являются входными воротами инфекции. При этом воспаляются лимфатические сосуды, расположенные вдоль ствола полового члена. Это место опухает, уплотняется и болит. Лимфангит полового члена длится несколько дней или часов и проходит самостоятельно.
 - Осложнениями лимфангита являются: [лимфодема](#) — патология, характеризующаяся отеком мягких тканей и нарушением лимфоотока, ранние лимфадениты, перилимфангит, пахидермия, [тромбофлебит](#), слоновость, множественные абсцессы, подкожная флегмона, [сепсис](#).
 - В особую группу выделяют эпизоотический лимфангит. Это инфекционная болезнь лошадей, характеризующаяся гранулематозным воспалением лимфатических сосудов. Заражение происходит через микротравмы кожи при совместном содержании больных и здоровых животных.
-
- 

Диагностика


- Диагностикой и лечением лимфангита занимается лимфолог. Он изучает клинику заболевания и анамнез жизни больного, осматривает его, направляет на дополнительные исследования — инструментальные и лабораторные. Дифференцирует выявленную патологию с рожей и флебитом.




Лечение

- ▣ **Лечение лимфангита начинают с устранения очага инфекции, ставшего непосредственной причиной патологии.** Для этого проводят первичную хирургическую обработку раны, вскрывают и дренируют абсцессы, гнойные затеки, флегмоны, панариций. Больную конечность фиксируют в приподнятом положении для хорошего оттока лимфы. Для уменьшения отечности к больному месту прикладывают лед. Пациенту рекомендуют двигательный покой.
- ▣ Медикаментозная терапия заключается в использовании антибиотиков из группы цефалоспоринов «Цефотаксим», «Цефазолин»; макролидов «Азитромицин», «Эритромицин»; аминогликозидов «Гентамицин», «Нетилмицин». Антибактериальную терапию проводят с учетом характера микробной флоры и ее лекарственной чувствительности. Больным назначают антигистаминные препараты «Тавегил», «Супрастин» и НПВС «Ибупрофен», «Нимесил». Эти препараты устраняют основные симптомы воспаления — боль, отек, покраснение. Дезинтоксикационное лечение, лазерное и ультрафиолетовое облучение крови помогут ускорить процесс выздоровления и облегчить состояние больного.



-
- Лечение хронического лимфангита включает физиотерапевтические процедуры, грязелечение и рентгенотерапию. Больным назначают повязки с лечебными мазями, полуспиртовые компрессы, УФО.
 - Рентгенотерапию применяют при затяжном течении патологии. Рентгеновское облучение оказывает губительное воздействие на клетки, вызывая их мутационные изменения. Постепенно замедляются процессы жизнедеятельности в пораженных клетках и они становятся нежизнеспособными.
 - Народное лечение лимфангита заключается в использовании настоев или отваров лекарственных трав — ромашки, календулы, зверобоя. Листья мяты используют для постановки компрессов.
-
- 

-
- Если вовремя предпринять необходимые действия, прогноз заболевания становится благоприятным, болезнь
 - Профилактические мероприятия при лимфангите заключаются в защите кожных покровов от повреждений и соблюдении правил личной гигиены. Если произошло ранение кожи, необходимо обработать рану антисептиком. Запрещено самостоятельно вскрывать гнойники, следует в случае их образования обратиться к врачу. легко лечится и не вызывает последствий.
-
- 

Емі

1. Аяқ-қолды иммобилизациялау;
2. Біріншілік ошақты жою;
3. Антибактериальды ем;
4. Жергілікті-антисептиктермен компресс, физиотерапия тағайындау:



Пайдаланылған әдебиеттер:

