

ԴԻՄԱԾՆՈՏԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԻ ԼԻՄՖԱՂԵՆԻՏՆԵՐԸ ԵՎ ԱՂԵՆՈՖԼԵԳՄՈՆԱՆԵՐԸ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔՈՒՄ

Լիմֆադենիտը ավշային հանգույցի բորբոքումն է: *Աղենոֆլեգմոնան* փուխր ճարպաշարակցական բջջանքի բորբոքումն է, որն առաջանում է լիմֆադենիտից:

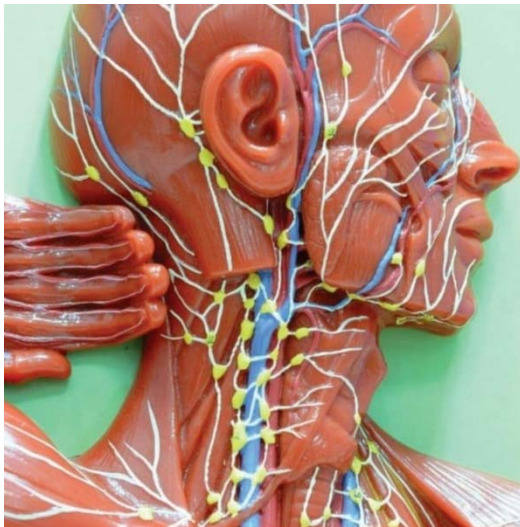
Դիմաձնոտային շրջանում լիմֆադենիտը հազվադեպ է դիտվում որպես առաջնային հիվանդություն: Այն հիմնականում ուղեկցում է գլխի, դեմքի, բերանի խոռոչի, պարանոցի տարբեր հատվածներում տեղակայված բորբոքումներին: Մանկական տարիքում լիմֆադենիտն ուղեկցում է օդնստոգեն բորբոքման բոլոր տեսակներին (պուլպիտ, պերիօդոնտիտ, օստեոմիելիտ): Լիմֆադենիտները դրսևորվում են նաև մանկական տարափոխիկ հիվանդությունների ընթացքում (քուրթեշ, կարմրուկ, ջրծաղիկ):

Ոչ թարախային լիմֆադենիտների մեծ մասը բուժվում է ամբուլատոր պայմաններում: Ըստ որոշ հեղինակների՝ թարախային լիմֆադենիտով և աղենոֆլեգմոնայով ախտահարված հիվանդները կարող են կազմել մասնագիտացված ստոմատոլոգիական ստացիոնարներում բուժվողների ընդհանուր քանակի 6.6-24%-ը: Երևան քաղաքում մանկական դիմաձնոտային վիրաբուժության ստացիոնար բաժանմունքում 1994-ին լիմֆադենիտից և աղենոֆլեգմոնայից բուժված հիվանդների քանակը կազմել է ընդհանուրի 9.1%-ը, որոնց մոտ 65%-ը եղել են մինչև 5 տարեկան երեխաներ:

Մանկական տարիքային առանձնահատկությունները

Երեխաների ավշային համակարգը տարիքային բարդ փոփոխությունների է ենթարկվում: Նորածնային և ծծկեր տարիքում ավշային համակարգը անկատար է. ավշահանգույցները վատ են զարգացած և օժտված չեն պատնեշային հատկությամբ: Այդ տարիքում ավշահանգույցները կլինիկորեն չեն հայտնաբերվում, և լիմֆադենիտները բնորոշ չեն: Ավշահանգույցները ձևավորվում են կյանքի առաջին 3 տարիների ընթացքում: 3-5 տարեկան երեխաների շրջանում ավշահանգույցները՝ որպես ինքնուրույն անատոմիական գոյացություններ, արդեն ձևավորված են, սակայն պարունակում են երիտասարդ բջջային տարրեր, որոնք ունակ չեն ավարտուն և լիարժեք ֆագոցիտոզի: Այդ պատճառով նշված տարիքում դիտվում է ավշահանգույցների քանակի կոմպենսատոր ավելացում: Դրանց քանակը լինում է զգալիորեն ավելի, քան մեծահասակների դեպքում: Այդ տարիքում ավշահանգույցներն ունակ են մանրէներին ներկայելու, բայց երիտասարդ բջիջների ֆունկցիոնալ անկատարության պատճառով վարակվում և բորբոքվում են: Այդ իսկ պատճառով էլ 3-5 տարեկան երեխաների դեպքում լիմֆադենիտները և աղենոֆլեգմոնաները ամենից հաճախ են հայտնաբերվում: Հետագայում ավշահանգույցների մի մասն ապաճում է և փոխարինվում ճարպային կամ ֆիբրոզ հյուսվածքով:

Ավշահանգույցներն կառուցվածքային կամ ֆունկցիոնալ կատարելության հասնում են 12 տարեկանից հետո (նկ. 110):



Նկար 110. Դեմքի և պարանոցի ավշային համակարգը:

քունքային շրջանից, ակնակապիճից, վերին շրթունքի և թշի կողմնային հատվածներից, քունքամկանից և ցասկամկանից:

Ենթակզակային հանգույցները (1-3 հատ) ենթակզակային եռանկյան մեջ են: Ավիշն ընդունում են վերին շրթունքի կենտրոնական հատվածից, ստորին շրթունքից, լեզվի ծայրից և ենթալեզվային շրջանի առաջնային մասից, ստորին ծնոտի կզակային հատվածից և ստորին կենտրոնական ատամներից:

Ենթաձնոտային հանգույցները (3-10 հատ) ենթաձնոտային եռանկյան մեջ են, դասվորված են ստորին ծնոտի եզրին զուգահեռ: Լինում են առաջային, միջին և հետին: Ավիշ են հավաքում ստորին ծնոտի համապատասխան կեսի ժանիքից, աղորիքներից, ատամնաբնային ելուններից և ստորին ծնոտի մարմնից, վերին շրթունքից, լեզվից, ենթաձնոտային թքագեղձերից, բերանի հատակից, թշից:

Թշային ավշահանգույցներ առկա են ոչ միշտ. լինում են հիմնականում մանկական տարիքում: Տեղակայված են մաշկի տակ, թշի փափուկ հյուսվածքների հաստության մեջ, թշամկանի արտաքին մակերեսին, ատամնաշարերի հպման գծի մակարդակին: Ավիշը ընդունում են թշից, վերին շրթունքից, քթից, վերին աղորիքներից:

Ենթասկնակապճային ավշահանգույցները տեղակայված են համանուն շրջանում:

Հարձնոտային (սուպրամանդիբուլյար) ավշահանգույցները (1-2 հատ) ստորին ծնոտի արտաքին մակերեսին են՝ ցասկամկանի կպման տեղից առաջ:

Ընդհանուր անատոմիական և ֆիզիոլոգիական տվյալները

Դիմաձնոտային շրջանում ավշահանգույցները տեղակայված են խումբ առ խումբ:

Հարականջային հանգույցները (3-5 հատ) լինում են մակերեսային և խորանիստ: Մակերեսայինները հարականջային թքագեղձի փակեղի վրա են: Խորանիստները փակեղի տակ են՝ առաջականջային, ստորականջային և ներգեղձային հանգույցների տեսակներով: Ավիշը հավաքում են ճակատի մաշկից, գլխի մազածածկ մասից, ակնաջախեցուց, արտաքին լսողական անցուղուց,

Ենթաակնակապճային և հարձնոտային ավշահանգույցները, ինչպես նաև թշայինը, մշտական չեն. առկա են գերազանցապես մանկական տարիքում:

Լեզվային ավշահանգույցները տեղակայված են լեզվարմատի մկանների արտաքին մակերեսին:

Հետրմայանային ավշահանգույցները (1-6 հատ) ըմպանի և ողնաշարի միջև են՝ ատլանտի մակարդակին՝ հարելով ներքին քնային զարկերակի մեղիալ մակերեսին: Ավիշն ընդունում են քթի խոռոչից և նրա հավելյալ ծոցերից, քիմքից, քմային նշիկներից, ըմպանի քթային և բերանային մասերից, եվստախյան փողից և միջին ականջից:

Հետականջային ավշահանգույցները (1-2 հատ) պտկաձև ելունի սահմաններում են՝ կրծոսկրաանրակապտկաձև մկանի ջլի վրա՝ պարփակված փակեղով: Ավիշ են ստանում ականջախեցու հետին մակերեսից, արտաքին լսողական անցուղուց, թմբկաթաղանթից և ավելի վեր տեղակայված գլխի մագածածկ մասից:

Պարանոցային ավշահանգույցների մեջ առկա են մակերեսային և խորանիստ խմբեր: Մակերեսային ավշահանգույցները շղթայաձև դասավորված են կրծոսկրաանրակապտկաձև մկանի առջևի և հետին եզրերին գուգահեռ, արտաքին և առաջային լծային երակների երկայնքով: Պարանոցի հիմնական խորանիստ հանգույցները տեղակայված են գլխավոր անոթանյարդային խրձի մեջ, սովորաբար ներքին լծերակի մոտակայքում: Ավշահանգույցների առանձին խմբեր կոկորդի, վահանագեղձի, շնչափողի շրջաններում են: Պարանոցի ավշահանգույցներն ավիշ են ընդունում գլխի, դեմքի, պարանոցի տարբեր հատվածներից և բերանի խոռոչի օրգաններից:

Այսպիսով, առանձին խմբերով տեղակայված ավշահանգույցները պատասխանատու են որոշակի անատոմիական շրջաններից դեպի իրենց հոսող ավշի գտման համար: Ձտման միջոցով ավիշը մաքրվում է իրենում պարունակվող մանրէներից, թույներից, օտարածին սպիտակուցներից և հյուսվածքների քայքայման արգասիքներից: Ավշահանգույց թափանցող մանրէները կլանվում են ռետիկուլոէնդոթելային բջիջների կողմից և ենթարկվում ֆագոցիտոզի: Եթե մանրէները լրիվ չեն ոչնչանում, ապա նրանք, հարմարվելով գոյության նոր պայմաններին, սկսում են բազմանալ՝ դառնալով ավշահանգույցի բորբոքման պատճառ:

Ավշի հոսքով ավշահանգույց թափանցող մանրէների ոչնչացման գործընթացում անջատվող անտիգենների ազդեցությամբ ավշահանգույցներում առկա պլազմատիկ բջիջները հակամարմիններ են սինթեզում: Հակամարմինները հետագայում անցնում են արյան մեջ: Բացի դրանից, ավշահանգույցներում արտադրվում են շիճուկային սպիտակուցներ և լիմֆոցիտներ, որոնք մեծ դեր են կատարում հումորալ և բջջային իմունիտետի ձևավորման համար: Եթե նշված գործոնների համատեղ ազդեցությամբ չի

ապահովվում ավշահանգույց թափանցած միկրոֆլորայի լրիվ ոչնչացումը, ապա հանգույցում ի հայտ է գալիս վարակի օջախ:

Պատճառագիտությունը և ախտածնությունը

Լիմֆադենիտն առաջանում է, երբ ավշային ուղիներով կամ հեմատոգեն ճանապարհով ավշահանգույց թափանցած մանրէներն ախտահարում են հանգույցի հյուսվածքը: Վարակը հիմանականում ոչ յուրահատուկ բնույթի է (ստրեպտոկոկեր, ստաֆիլոկոկեր, դիպլոկոկեր, անաերոբ մանրէներ): Առանձին դեպքերում ախտահարման պատճառ կարող է լինել վիրուսը (վարակիչ մոնոնուկլեոզ) կամ յուրահատուկ վարակը (շողասնկեր, պալարախտի միկոցուպիկներ): Վարակի համար մուտքի դռներ են գլխի և դեմքի մաշկը, բերանի խոռոչի, քթի և ըմպանի լորձաթաղանթները, կարիեսով ախտահարված ատամները, քմային նշիկները, ականջը և այլն: Ավշահանգույցների ախտահարման համար նպաստավոր պայմաններ են վարակի բարձր վիրուլենտությունը և օրգանիզմի ցածր դիմադրողականությունը: Օրգանիզմի դիմադրողականությունը կարող է ընկնել ցրտահարման, գերտաքացման, ճառագայթման, հյուսման, գերհոգնածության, նյարդային համակարգի գերլարվածության պատճառներով, ինչպես նաև կրած տարափոխիկ հիվանդություններից հետո (կարմրուկ, քութեշ, դիզենտերիա, գրիպ և այլն): Նշված բոլոր գործոնները կարող են էապես ընկճել ավշահանգույցների գործունեությունը:

Ախտաբանական անատոմիական պատկերը

Սուր լիմֆադենիտի սկզբնական շրջանը բնորոշվում է ավշահանգույցի անոթների լայնացումով, հյուսվածքների այտուցով և բջջային ներսփռանքով, որի պատճառով այն չափերով մեծանում է: Հանգույցի ուղեղային (միջուկային) նյութը ծավալով գերազանցում է կեղևայինին: Միջանկյալ ծոցերը զգալիորեն լայնացած են, իսկ եզրայինները չափավոր լայնացած, քանի որ խանգարում է ավշահանգույցի պատիճը: Ծոցերի լուսանցքում նկատվում է սպիտակուցների մակարդուկ, նեյտրոֆիլների, էուզինոֆիլների, պարարտ բջիջների, մակրոֆագերի մեծ կուտակում: Մակրոֆագային ռեակցիան առավել արտահայտված է ուղեղային (միջուկային) նյութում, որում հայտնաբերվում են մեծ քանակությամբ պլազմատիկ բջիջներ, գրանուլոցիտներ, պարարտ բջիջներ:

Շճային բորբոքման նկարագրված պատկերն արագորեն փոխարինվում է թարախային բորբոքումով: Վերջինիս բնորոշ է լիմֆոիդառետիկուլային հյուսվածքում նեյտրոֆիլային լեյկոցիտների դիֆուզ ներսփռանքով մեռուկացած հատվածների ի հայտ գալը: Հետագայում հյուսվածքի մեռուկացած հատվածները, ենթարկվելով ֆերմենտատիվ լուծման, միաձուլվում են մեկ միասնական խոռոչի մեջ, որը լցված է հյուսվածքային դետրիտով և շրջապատված է գրանուլացիոն հյուսվածքի շերտով, այսինքն՝ գոյանում է թարախակույտ: Գերարյունությունը, այտուցը, լեյկոցիտների ներսփռանքը դիտվում են ոչ միայն ավշահանգույցում, այլև նրան հարակից

հյուսվածքներում, որը որակվում է որպես **պերիադենիտ**: Ավշահանգույցի պատիճի մեռուկացումից և քայքայումից հետո վարակաբորբոքային պրոցեսը տարածվում է նրա սահմաններից դուրս՝ առաջացնելով ադենոֆլեզմոնա: Վերջինիս դեպքում թարախային լիմֆադենիտի պատկերին գումարվում է նաև այս կամ այն անատոմիական շրջանի փուխր բջջանքի դիֆուզ թարախային բորբոքումը:

Քրոնիկական լիմֆադենիտը բնորոշվում է լիմֆոիդ տարրերի գերաճով, որի հետևանքով ավշահանգույցի ծավալը մեծանում է: Որոշ ժամանակ անց լիմֆոիդ հյուսվածքը փոխարինվում է շարակցականով: Այդպիսի հանգույցի խորքում կարող են ձևավորվել թարախակույտեր՝ լավ արտահայտված շարակցահյուսվածքային պատիճով:

Դասակարգումը

Ըստ վարակի մուտքի տեղակայման՝ լիմֆադենիտները լինում են օդոնտոգեն, ստոմատոգեն, ռինոգեն, դերմատոգեն, տոնզիլոգեն և օտոգեն:

Ըստ կլինիկական ընթացքի՝ լիմֆադենիտները լինում են սուր և քրոնիկական: Սուր լիմֆադենիտները լինում են շճային և թարախային:

Քրոնիկական լիմֆադենիտները լինում են հիպերպլաստիկ և թարախային:

Կլինիկական դրսևորումները

Սուր շճային լիմֆադենիտ: Հիվանդությանը հաճախ նախորդում են անգինան, քրոնիկական տոնզիլիտի սրացումը, գրիպը, մաշկի ախտահարումը թարախաբշտիկներով, պերիօդոնտիտը, պերիօստիտը, տրավման, ստոմատիտը և այլն: Հիվանդների մի մասի դեպքում վարակի նախնական աղբյուրը հնարավոր չի լինում բացահայտել:

Հիվանդները հիմնականում զանգատվում են մաշկի տակ ցավոտ գնդիկի առկայությունից: Միաժամանակ նկատվում են ընդհանուր թուլություն, մարմնի ջերմության բարձրացում մինչև 38°C, թեև հիվանդների ընդհանուր վիճակը շարունակում է մնալ բավարար: Որոշ երեխաներ կարող են անհանգիստ լինել: Հնարավոր են ախորժակի վատացում, քնի խանգարում: Հիվանդին գննելիս հայտնաբերվում է սահմանափակ այտուց: Մաշկը այտուցի վրա փոխված չէ: Ավշահանգույցը հեշտորեն շոշափվում է, շարժուն է, անցավ կամ թույլ ցավոտ, ձվաձև, 1-2սմ տրամագծով, փափուկ, էլաստիկ կոնսիստենցիայով: 1-2 օրից բորբոքումը տարածվում է հանգույցի պատիճի սահմաններից դուրս, և զարգանում է պերիադենիտ: Այդ ժամանակ տվյալ շրջանի մի շարք ավշահանգույցներ միաձուլվում են մեկ «ծրարի» մեջ, իսկ շրջակա փափուկ հյուսվածքներում նկատվում է բորբոքային ինֆիլտրատ: Արյունաբանական և կենսաքիմիական ցուցանիշները բնական սահմաններում են: Բարենպաստ պայմանների և ժամանակին սկսված բուժման դեպքում հիվանդությունը կարող է ապաճ, այլապես այն վերաճում է սուր թարախային լիմֆադենիտի:

Սուր թարախային լիմֆադենիտ: Հիվանդը զանգատվում է ախտահարված ավշահանգույցի շրջանում տրոփող ցավից: Մա բացատրվում է

նրանով, որ ավշահանգույցի պատիճով սահմանափակված խոռոչում թարախակույտի ձևավորումը հանգեցնում է ներհանգուցային ճնշման արագ բարձրացմանը և պատիճի պատերի գերլարվածությանը: Մինևույն ժամանակ պատիճի առկայությունը կասեցնում է վարակաբորբոքային պրոցեսի տարածումը, նվազեցնում է մանրէների, թույների և հյուսվածքային քայքայման արգասիքների ներծծումը արյան մեջ: Հետևաբար հիվանդների դեպքում վառ արտահայտված ինտոքսիկացիա հազվադեպ է լինում: Մարմնի ջերմաստիճանը սովորաբար չի գերազանցում 38°C-ը: Ծայրամասային արյան մեջ դիտվում է նեյտրոֆիլային լեյկոցիտոզ:

Հիվանդին գննելիս ավշահանգույցի տեղակայման շրջանում հայտնաբերվում է այտուց: Այտուցի վրա մաշկը գերարյուն է: Հանգույցի շարժունությունը սահմանափակ է, և պերիադենիտի զարգացմանը զուգընթաց այն վերանում է: Շոշափելիս զգացվում է կլորավուն, պինդ, էլաստիկ կոնսիստենցիայի խիստ ցավոտ գոյացություն: Պերիադենիտի զարգացման հետևանքով հանգույցի ուրվագծերի հստակությունը կորչում է: Պայմանավորված հանգույցի տեղակայմամբ՝ կարող են լինել ֆունկցիոնալ խանգարումներ՝ ծամելու և կլլման դժվարացում, գլխի շարժումների սահմանափակում ու հարկադրական դիրք և այլն:

Քրոնիկական հիպերպլաստիկ լիմֆադենիտ: Առաջանում է ավշահանգույցի կրկնակի և բազմակի վարակի պատճառով: Դրա հետևանքով զարգանում է հանգույցի հյուսվածքների բորբոքային գերաճ: Այն մեծանում է և պնդանում: Հաճախ հիվանդությունն ուղեկցում է քրոնիկական օստեոմիելիտին, տոնզիլիտին, ռինիտին, հայմորիտին, օտիտին և այլն: Ամենից հաճախ ախտահարվում են ենթածնոտային և պարանոցային հանգույցները: Կարող է զարգանալ առանց նախորդող սուր փուլի: Անամնեզում նշվում է, որ տևական ժամանակ (2-3 ամիս) առաջ հայտնաբերվել է թույլ ցավոտ գնդիկ, որը աստիճանաբար մեծացել է: Հիվանդությունը կարող է ունենալ ալիքաձև ընթացք: Բորբոքման երևույթների մարմանը զուգընթաց հանգույցը փոքրանում է, բայց երբեք չի վերադառնում իր նախնական չափերին: Երեխայի ընդհանուր վիճակը չի սուժում: Երբեմն կարող են նկատվել թուլություն, գլխացավ, ենթատենդային ջերմություն: Հետագոտման ժամանակ շոշափվում են կլորավուն, պինդ, շարժուն գոյացություններ: Երկարատև ընթացքի դեպքում կարող են դիտվել ԷՆԱ-ի բարձրացում, թեթև լեյկոպենիա, հարաբերական լիմֆոցիտոզ:

Քրոնիկական թարախային լիմֆադենիտ: Սա փաստորեն քրոնիկական հիպերպլաստիկ լիմֆադենիտի շարունակությունը և էլքն է: Թարախակալումը ննջող վարակի ակտիվացման նշան է: Հանգույցը մեծանում է չափերով, տրամագիծը հասնում է մինչև 3-4սմ-ի: Այն դառնում է ցավոտ, պինդ, էլաստիկ կոնսիստենցիայով գոյացություն: Ի հայտ են գալիս սուր թարախային լիմֆադենիտի ախտանշանները: Քրոնիկական թարախային լիմֆադենիտը կարող է պերիադենիտի և ադենոֆլեզմոնայի պատճառ դառնալ:

Աղենոֆլեգմոնա: Աղենոֆլեգմոնայի պատճառը թարախային լիմֆադենիտն է: Երբ ավշահանգույցի պատիճը քայքայվում է թարախային բորբոքման պատճառով, բորբոքումը տարածվում է հանգույցը շրջապատող ճարպաշարակցական բջջանքում: Դա կատարվում է սուր լիմֆադենիտի զարգացումից 2-4 օր անց: Հիվանդի ցավերը սաստկանում են, որի պատճառով նա չի քնում, վատ է սնվում: Մարմնի ջերմաստիճանը հասնում է 39⁰-40⁰C-ի, ընդհանուր վիճակը վատանում է: Սակայն ի տարբերություն օդոնտոգեն ֆլեգմոնայի՝ հիվանդի դրությունը հազվադեպ է ծանր լինում: Ախտահարված շրջանի մաշկը դառնում է լարված, պինդ, գերարյուն: Այտուցի կենտրոնում զգացվում է ծփանք: Արյան մեջ դիտվում է լեյկոցիտոզ՝ 10.000-15.000, ԷՆԱ-ն 12-15մմ/ժամ է: Մեծ մասամբ աղենոֆլեգմոնաները տեղակայվում են ենթաձնոտային և ենթակզակային, ավելի հազվադեպ՝ հարականջային և թշային շրջաններում:

Ախտորոշումը

Լիմֆադենիտներն ախտորոշելը սովորաբար դժվար չէ. լավագույնս պետք է իմանալ ավշային համակարգի անատոմիան: Տարբերակիչ ախտորոշումն անհրաժեշտ է կատարել ոչ յուրահաստուկ լիմֆադենիտներից և յուրահաստուկ լիմֆադենիտներից (ակտինոմիկոզ, պալարախտ), սիալոադենիտներից, փափուկ հյուսվածքների բնածին կիստաներից, բարորակ ուռուցքներից, չարորակ ուռուցքներից ու դրանց մետաստազներից:

Սուր լիմֆադենիտների շճային և թարախային փուլերն իրարից կարելի է զանազանել պունկցիայի միջոցով:

Պալարախտային լիմֆադենիտին բնորոշ են դիմաձնոտային շրջանում (նկատի են առնվում վարակի հնարավոր մուտքի դռները) բորբոքային երևույթների բացակայությունը, դանդաղ ընթացքը, երկկողմանի դրսևորումը, երկարատև սուբֆերիլիտետը, դրական Մանթուի ռեակցիան, պունկցիայի ժամանակ ստացված թարախի ստերիլությունը:

Ավշահանգույցի ակտինոմիկոզն ախտորոշվում է անամնեզի, ինֆիլտրատի պնդության, իմունոռեակցիայի, ախտաբանական և բջջաբանական հետազոտությունների տվյալներով:

Սիալոադենիտի դեպքում թքագեղձի արտազատիչ ծորանից նկատվում է թարախային կամ պղտոր կաթիլային արտադրություն, բերանում առկա է չորության զգացողություն:

Լիմֆադենիտների տարբերակումը նորագոյացություններից կատարվում է բիոպսիայի, ինչպես նաև ռադիոիզոտոպային հետազոտման միջոցով:

Բուժումը

Լիմֆադենիտի բուժման մեջ կարևոր տեղ ունի վարակի առաջնային օջախի հայտնաբերումը և չեզոքացումը:

Սուր լիմֆադենիտի շճային փուլում արդյունավետ են ֆիզիոթերապևտիկ միջոցները՝ ԳԲՀ էլեկտրական դաշտը, կապույտ լույսը, ճառագայթումը հելիում-նեոնային լամպով: Կիրառվում են տաքացնող

կոմպրեսներ Դուբովինի, Վիշնևսկու բալզամով, դիմեքսիդով: Արդյունավետ են ըստ Վիշնևսկու կատարվող նովոկաինային բլոկադաները նովոկաինի 0.25%-անոց լուծույթով և հակաբիոտիկով: Ներքին ընդունման համար նշանակվում են սուլֆանիլամիդներ, կալցիումի պրեպարատներ, վիտամիններ:

Սուր թարախային լիմֆադենիտի և ադենոֆլեզմենայի դեպքում անհրաժեշտ է վիրահատել՝ բացահատել թարախակույտը: Կտրվածքը կատարվում է՝ հաշվի առնելով ավշահանգույցի տեղակայումը: Հետվիրահատական շրջանի բուժական միջոցառումները կատարվում են համընդհանուր ճանաչված մեթոդներով:

Քրոնիկական լիմֆադենիտի բուժումն անհրաժեշտ է սկսել միայն մանրակրկիտ հետազոտություններից, վարակի առաջնային օջախի հայտնաբերումից և վերացումից հետո: Բուն ախտահարված ավշահանգույցի նկատմամբ կիրառվող մեթոդները պայմանավորված են ախտահարման բնույթով:

Քրոնիկական հիպերպլաստիկ լիմֆադենիտի դեպքում կարելի է կիրառել ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներ՝ ԳԲՀ էլեկտրական դաշտ, կալիումի յոդիդի և լիդազայի էլեկտրոֆորեզ, մարմնի ընդհանուր ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում: Եթե նշված մեթոդներն արդյունավետ չեն, ավշահանգույցը հեռացվում է:

Քրոնիկական թարախային լիմֆադենիտի դեպքում բացահատվում է բորբոքային օջախը: Սրացման երևույթների բացակայության դեպքում ավշահանգույցը նպատակահարմար է հեռացնել:

Պալարախտային լիմֆադենիտն անհրաժեշտ է բուժել մասնագիտացված բուժօգնության կենտրոններում՝ պարտադիր կատարելով նաև բերանի խոռոչի սանացիա:

Ադենոակտինոմիկոզի դեպքում արդյունավետ է իմունաթերապիան:

Լեյկոզի զուգակցմամբ զարգացած լիմֆադենիտի բուժումը պետք է իրականացվի արյունաբանական կլինիկայում ստոմատոլոգի մասնակցությամբ և հսկողությամբ:

Կանխարգելումը

Սուր և քրոնիկական լիմֆադենիտների կանխարգելումը պայմանավորված է կարիեսով ախտահարված ատամները ժամանակին և հետևողական բուժմամբ, ոչ օդոնտոգեն վարակի աղբյուրների (ստոմատիտ, գինգիվիտ, գլոսիտ, օտիտ, ֆուրունկուլ, կարբունկուլ) վերացմամբ, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի և դեմքի մաշկի վնասվածքների բուժմամբ:

Ադենոֆլեզմոնանների կանխարգելումը հանգում է սուր և քրոնիկական լիմֆադենիտների բուժմանը և կանխարգելմանը: