

**Кировская ГМА,
кафедра фтизиатрии**

**Тема: Туберкулез
ЧЕЛЮСТНО-
ЛИЦЕВОЙ области**

**Доц. Фесюк Елена
Геннадьевна**

Основные клинические формы специфического поражения полости рта и челюстно-лицевой области (МКБ-10):

- Шифр А15 - А-19
(приказ МЗ РФ № 109 от 21 марта 2003
года)

Международная классификация болезней МКБ-10

- **Туберкулез других органов дыхания**
 - **A15.8** — подтвержденный бактериологически и гистологически;
 - **A16.8** — без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении).

Клинические формы:

- • Туберкулез слизистой оболочки рта (1%):
 - туберкулез языка;
 - туберкулез десен;
 - туберкулез слизистой оболочки губ и щек;
 - туберкулез твердого и мягкого неба;
 - туберкулезная волчанка;
 - милиарно-язвенный туберкулез.
- • Туберкулез миндалин.
- • Туберкулез глотки.

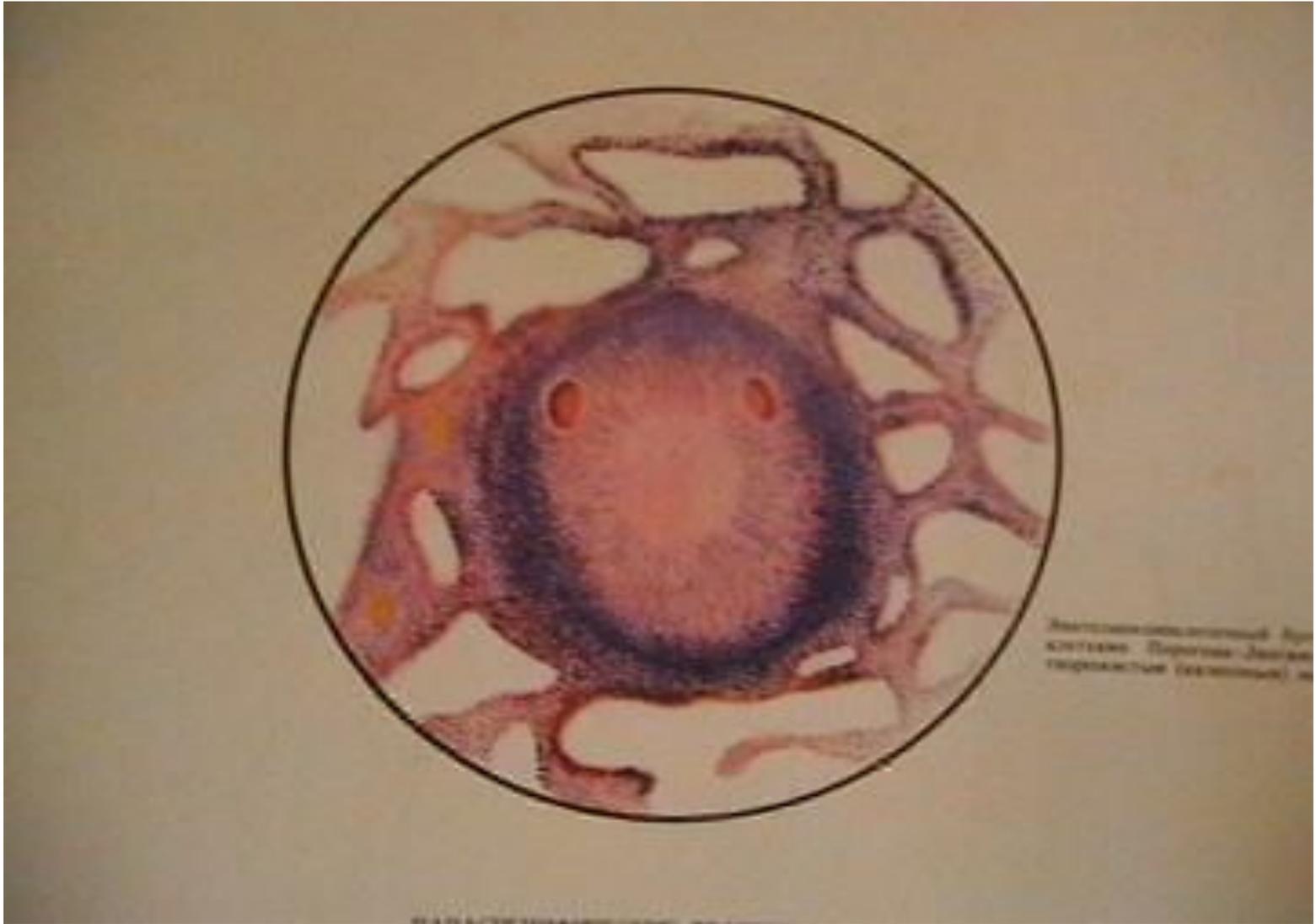
Международная классификация болезней МКБ-10

▣ Туберкулез других органов и систем.

- Туберкулез костей и суставов лицевого черепа **(A18.0)**.
- Туберкулез периферических лимфатических узлов **(A18.2)**.
- Туберкулез кожи и подкожной клетчатки **(A18.4)**.
- Туберкулез прочих органов: туберкулез слюнных желез **(A18.8)**.

Туберкулез слизистой оболочки полости рта:

- Пути распространения инфекции:
 - гематогенный,
 - спутогенный,
 - лимфогенный,
 - контактный.



Двухклеточный
клеточный Паренхимы (клеточный)
сидерический (клеточный)

Типы воспалительных реакций при туберкулезе слизистой оболочки полости рта:

- преимущественно продуктивный тип,**
- преимущественно экссудативный тип,**
- преимущественно некротический тип
реакции**

Клинические проявления туберкулеза слизистой оболочки полости рта зависят:

- от остроты,
- характера,
- формы,
- локализации процесса.

Клиническая картина включает:

- общие функциональные расстройства организма, свойственные туберкулезной интоксикации,
- локальная симптоматика:
 - проявления легочного поражения,
 - непосредственно картина туберкулеза слизистой оболочки рта
 - параспецифические проявления.

Основные клинико-морфологические формы туберкулеза слизистой оболочки рта

□ Инфильтративная:

- по распространенности (инфильтрат ограниченный или распространенный или в виде опухоли- туберкулемы).

- по консистенции (может быть плотным, мягким, студенистым)

- поверхность (гладкая или грануляционная)

- цвет (варьирует от ярко-красного при острых, преимущественно экссудативных формах, до серого с соответствующими переходными оттенками).

Основные клинико-морфологические формы туберкулеза слизистой оболочки рта

□ Язвенная:

Туберкулезные язвы -

- в виде небольших трещин, скрывающихся иногда в складках слизистой оболочки рта, или обширных изъязвлений, сопровождающихся отеками с высыпанием милиарных серовато-желтых узелков

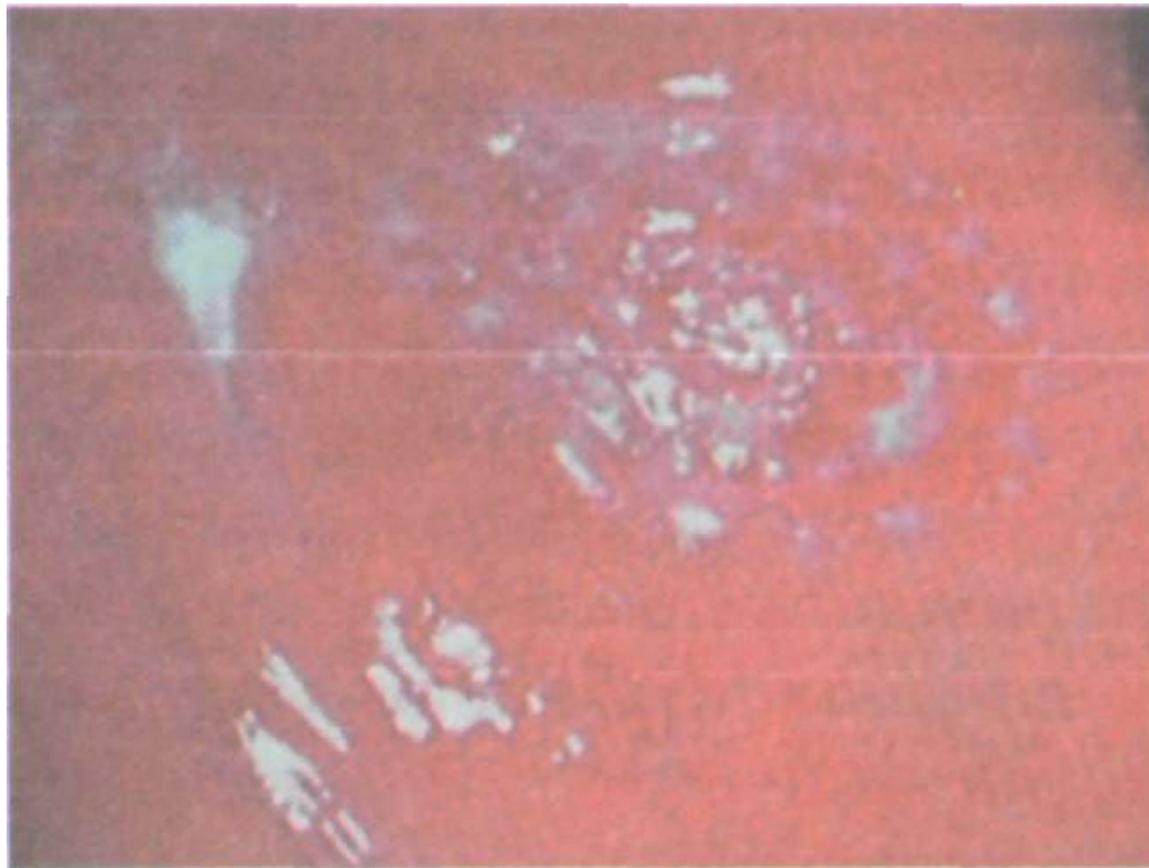
- дно язв - кровоточащая поверхность, усеянная мелкими зернистыми грануляциями

- края язв неровные, чаще мягкие, но могут быть и плотноватыми

- болезненность весьма умеренная, зависит от локализации процесса и возникает как самостоятельное явление или при жевании пищи.

Регионарные лимфатические узлы в большинстве случаев плотноватые, увеличенные, болезненные.

Рис. 1 Язвенная форма туберкулеза слизистой оболочки рта



Туберкулез корня языка

□ При осмотре:

- гиперемия, инфильтрация, отечность отдельных участков или всего корня языка.

- одиночные или разбросанные язвочки или обширный язвенный процесс с отечностью слизистой оболочки и высыпанием милиарных узелков

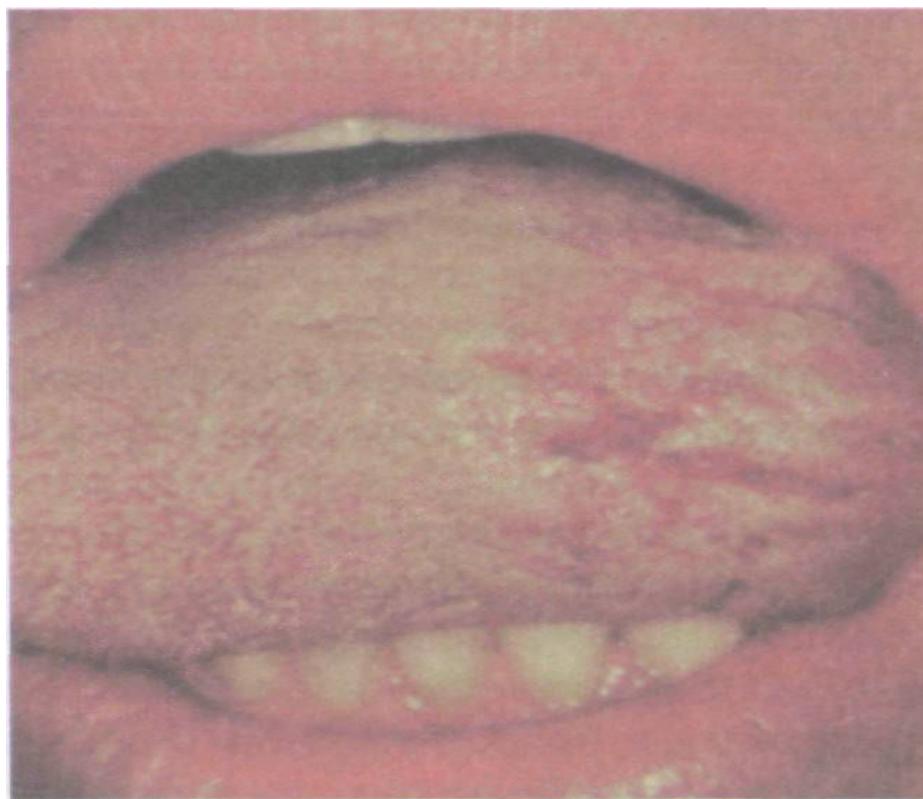
- язык увеличивается

- неудобства при жевании, глотании;

- нарушается артикуляция, речь становится невнятной

- обильное слюноотечение, неприятный вкус во рту, извращение вкусовой чувствительности.

Рис.2 Язвенный туберкулез языка с милиарными высыпаниями



Туберкулез твердого и мягкого неба

- поверхностные, ограниченные в виде трещинок, язвочки с незначительной инфильтрацией, (особенно на мягком небе), либо обширные бугристые папилломатозные инфильтраты с характерными неровными язвами
- ограниченный гиперемированный участок слизистой оболочки, в центре которого иногда просвечивает желтовато-белое пятнышко без нарушения целостности эпителия (на начальном этапе заболевания)
- при острых, преимущественно экссудативных, поражениях глотки мягкое небо гиперемировано, инфильтрировано и усеяно милиарными узелками, на месте которых вскоре появляются язвочки.

Туберкулез десен

- ткань десны сначала набухает, становится очень рыхлой, болезненной, гиперемированной и кровоточащей
- прогрессировании процесса образуется туберкулезная язва со значительно выраженными грануляциями

Туберкулезная волчанка - туберкулез слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

□ **Наиболее типичная локализация туберкулезных очагов** — слизистая оболочка верхней губы, альвеолярные отростки верхней челюсти, область фронтальных зубов, твердое и мягкое небо.

Бугорок (люпома) - первичный элемент туберкулезной волчанки, представляющий собой ограниченное безболезненное образование величиной 1—3 мм, желтовато-красного цвета.

- Бугорки образуются на периферии очага поражения, могут сливаться, формируя очертания **папиллом**. Затем центр очага разрушается и образуется **первичная туберкулезная язва** с мягкими узурчатыми краями.
- Язва неглубокая, малоблезненная; дно покрыто желто-красным налетом, по цвету напоминающим малину.

Для туберкулезной волчанки характерен ряд симптомов:

- надавливание на бугорок предметным стеклом приводит к временному устранению окраски, обусловленной перифокальным расширением сосудов, и становятся видимыми первичные элементы желтовато-красного вида (**симптом яблочного желе**);
- пуговчатый зонд при надавливании на люпому легко проваливается внутрь (**симптом Поспелова**).

Туберкулезный процесс на слизистой оболочке альвеолярного отростка

- разрушается костная ткань межзубных перегородок,
- зубы становятся подвижными до 2—3-й степени.
- На красной кайме губ туберкулезная язва покрывается кровянисто-гнойными корками;
- пораженная губа отечна, увеличена в размерах, имеет трещины и болезненна

Рис 3. Инфильтрат с язвенно-некротическими изменениями в области верхней губы, носогубных складок и области носа у больного инфильтративно-язвенной формой туберкулезной волчанки



Рис 4. Рубцы с дефектом мягких тканей у больного с туберкулезной волчанкой, осложнившейся раком кожи в области нижней челюсти



Осложнения туберкулезной волчанки

- рожистое воспаление,
- кандидоз,
- на слизистой оболочке рта в 1-10% случаев язвы перерождаются в люпус-карциномы.

Туберкулез кожи и подкожной клетчатки

- ▣ **первичные поражения** - колликувативный туберкулез, первичная и вторичная скрофулодерма.
- ▣ **диссеминированные** — папулонекротический туберкулез, уплотненная эритема, лишай золотушных.
- ▣ **вторичные поражения** - плоская, гипертрофическая, язвенная волчанка, бородавчатый и милиарно-язвенный туберкулез.

Диагностика туберкулеза слизистой оболочки полости рта:

- правильный сбор анамнеза (сведения о контакте с больными туберкулезом, перенесенном в прошлом туберкулезе любой локализации, нахождение под наблюдением противотуберкулезного диспансера);
- обязательно рентгенологическое исследование легких для выявления активных специфических изменений или следов перенесенного туберкулеза;
- постановка туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л;
- троекратное микроскопическое исследование гнойного отделяемого язвы или мазка-отпечатка язвы по Цилю-Нельсену для обнаружения МБТ;

Диагностика туберкулеза слизистой оболочки полости рта:

- диагностическая биопсия края язвы для гистологического и бактериологического исследования;
- полимеразная цепная реакция (ПЦР);
- пробные курсы лечения противотуберкулезными препаратами - комбинацией изониазида, рифампицина пиразинамида и этамбутола (III режим химиотерапии).

ТУБЕРКУЛЕЗ МИНДАЛИН, ТУБЕРКУЛЕЗ ГЛОТКИ

- Пути распространения инфекции:
 - гематогенный
 - лимфогенный

Основные формы:

- инфильтративная
- язвенная
- туберкулезная волчанка (редко)

Диагностика ТУБЕРКУЛЕЗА МИНДАЛИН

- При осмотре :
 - увеличение миндалин, чаще одностороннее, без отделяемого в криптах. мягкоэластичной консистенции
 - носовые раковины набухшие.
- При инфильтративной форме слизистая оболочка утолщена, фолликулы гипертрофированы. Инфильтрация в области лимфоидных фолликулов глотки мало склонна к распространению и деструкции.
- Язвенная форма наблюдается в виде поверхностного изъязвления ограниченных участков, покрытых серо-розовыми грануляциями.
- Часто в процесс вовлекаются лимфатические узлы шеи (увеличенные и болезненные).

Туберкулезная волчанка глотки, миндалин и дужек

- инфильтраты в виде отдельных скоплений мелких или крупнозернистых серо-розовых узелков, грануляций. безболезненные, течение длительное, склонное к заживлению — рубцеванию.

Диагностика ТУБЕРКУЛЕЗА МИНДАЛИН, ГЛОТКИ

- анамнез,
- клинические данные,
- результаты рентгенологического исследования легких,
- туберкулиновые пробы,
- гистологическое,
- бактериологическое исследование.

ТУБЕРКУЛЕЗ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

- туберкулез лобной кости,
- туберкулез скуловой кости,
- туберкулез верхней челюсти,
- туберкулез нижней челюсти,
- туберкулез височно-нижнечелюстного сустава,
- альвеолярная форма туберкулеза челюстей
 - туберкулез околозубных тканей,
 - туберкулез костной альвеолы.

Пути распространения инфекции:

- гематогенный
- лимфогенный

Патогенез и патоморфология туберкулеза костей и суставов лицевого черепа

Первичный очаг туберкулезного остита – это скопление эпителиоидных и гигантских клеток Пирогова-Лангханса

В дальнейшем очаг ограничивается соединительной тканью или подвергается творожистому некротическому распаду

При неблагоприятных условиях наступает прогрессирование процесса

Формируются деструкции кости с образованием костной каверны

Формируется натечный абсцесс.

Туберкулез височно-нижнечелюстного сустава

Прогрессирование туберкулеза
нижней челюсти

Деструктивные изменения в суставе

Нарушаются нормальные соотношения
суставных поверхностей, образуются
рубцовые спайки

Развиваются деформации и
изменяется функция сустава

Хронический периодонтит у больных туберкулезом

нарушение
обменных
процессов



быстрая
декальцин
ация зубов
и костей



деструкция
костной ткани
у верхушки
корня зуба



при
туберкулезном
периодонтите
утрачивается
способность к
отграничению
процесса в
кости

Туберкулез лобной кости

- Неосложненное течение
- Осложненное течение
(перфорационная форма)

Рентгенологическая картина туберкулеза лобной кости

- преимущественное поражение внутренней пластинки
- отдельные очаги деструкции различной формы и размеров с нечеткими контурами
- секвестр и иногда сквозное прободение кости
- участок окостенения надкостницы на уровне очага.

Туберкулез скуловой кости

-появление
отека и
покраснение
верхнего и
нижнего век



- на месте
очага
образуется
абсцесс



абсцесс
вскрывается



- развивается рубец,
спаянный с костью,
подтягивающего и
выворачивающего веко.



-формируется свищ

Рентгенологическая картина при туберкулезе скуловой кости

- один или несколько мелких неглубоких очагов
- тени секвестров

Клинические формы туберкулеза нижней челюсти

□ альвеолярная форма

(при проникновении МБТ через корневой канал или пародонтальный карман поврежденного зуба);

□ центральная форма

(возникает в области угла нижней челюсти, далее распространяется на сустав, может проникать также из среднего уха и из височной кости).

Прогрессирующий артрит —

распространение туберкулезного процесса за пределы суставных концов костей — на синовиальную оболочку.

□ Хронический деструктивный

артрит — тяжелое поражение сустава с субтотальным или тотальным разрушением суставных поверхностей, грубой деформацией, контрактурой.

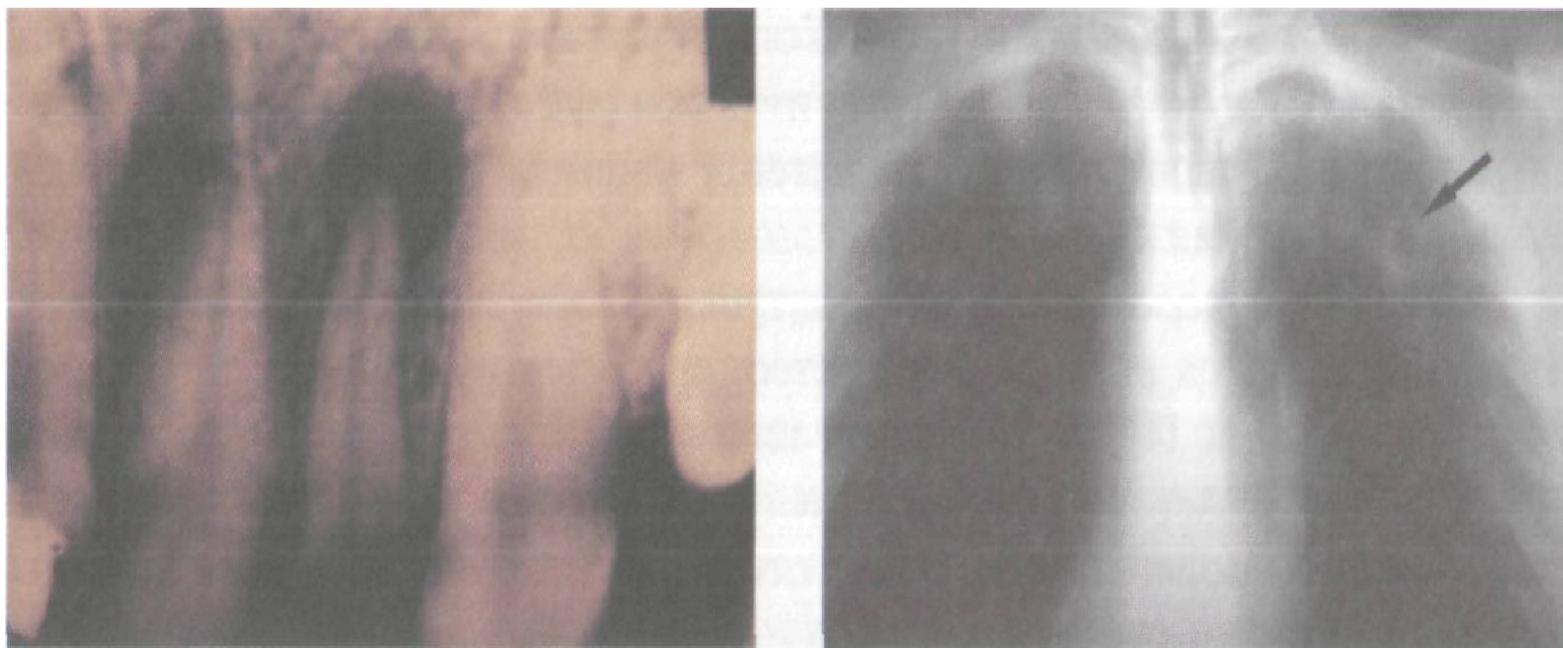
Рентгенологическая картина при туберкулезе челюстей

- выраженный остеопороз,
- деструкция кости,
- образование секвестра,
- при поражении височно-нижнечелюстного сустава:
 - сужение суставной щели,
 - нечеткость и неровность контуров суставной поверхности,
 - более глубокая деструкция суставных концов костей.

Туберкулез тканей периодонта

- ▣ **Периодонтит** — воспалительно-деструктивное поражение тканей пародонта области верхушки корня.
- ▣ **Пародонтит** - воспаление тканей пародонта, окружающих корень зуба.

Рис 5. Туберкулезный периоденит. Апикальная кистогранулема у больного инфильтративным туберкулезом верхней доли левого легкого в фазе распада, МБТ+



Рентгенологическая картина.

- крупные (более 0,5 см) и средние (0,2—0,4 см) околозубные очаги у верхушки корня с нечеткими контурами (прогрессирующее течение).

Диагностика туберкулеза костей лица и черепа

- сочетание с туберкулезом легких
- редко встречается как изолированное поражение
- рентгенологически - характерна деструкция костной ткани с нечеткими контурами
- исследование гноя на МБТ при свищевых формах (бактериоскопическое исследование по Цилю-Нельсену, люминисцентная микроскопия, посев гноя на питательные среды, ПЦР)
- оперативное вмешательство.

Диагностика туберкулезного периодонтита:

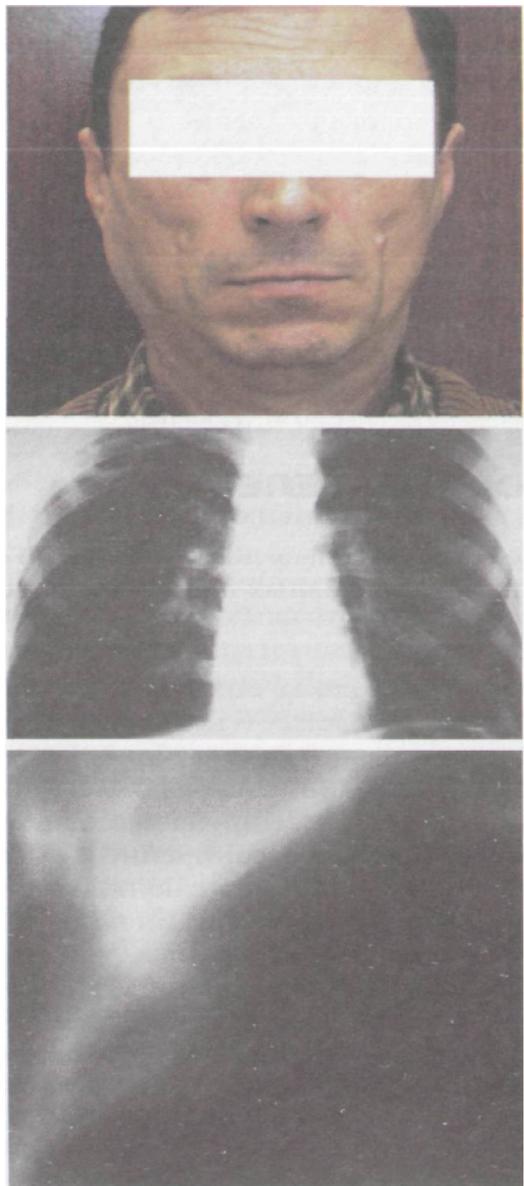
- обнаружение в отделяемом свища МБТ
- обнаружение при гистологическом исследовании околозубной гранулемы после удаления зуба.

□ Диагноз туберкулеза абсолютно верифицирован:

- выявляется выраженное иммунное воспаление и скопление эпителиоидных клеток и клеток Пирогова-Лангханса вокруг участка специфического казеозного детрита;
- при цитологическом исследовании в мазках — отпечатках околозубной гранулемы и при посеве гомогената гранулемы обнаруживаются МБТ.

ТУБЕРКУЛЕЗ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

- околоушные слюнные железы (до 3%),
- подчелюстные слюнные железы (реже),
- подъязычные (реже) .



**Рис 6. Туберкулезный
сиалоаденит у больного
кавернозным туберкулезом
верхней доли правого легкого,
МБТ+**

Признаки туберкулезного сиагоденита при контрастной сиалографии:

- участки деструкции слюнных желез в виде полостей различной величины и формы;
- неравномерность размеров долек желез из-за атрофии и запустевания части их вследствие развития соединительной ткани;
- наличие обызвествлений,
- кавернозное поражение слюнных желез может сопровождаться формированием свищей.

Диагностика туберкулезного сиалоденита:

- ▣ **косвенно указывает на туберкулезную этиологию поражения** – обнаружение при рентгенологическом исследовании деформации слюнных протоков, обызвествлений и свищей
- ▣ **Окончательное подтверждение этиологии заболевания** - цитологическое и бактериологическое исследования материала, получаемого путем пункции той или иной железы и при гистологическом исследовании пораженной ткани (после поверхностной пародэктомии).

Обнаружение МБТ или специфических гранул с казеозным некрозом в центре делает диагноз абсолютно верным.

Комплексное лечение:

- это сочетание различных по механизму действия методов и средств, которые дополняя и сменяя друг друга, способствуют быстрейшему выздоровлению с минимальными морфофункциональными остаточными изменениями.

Цели комплексного лечения:

- для впервые выявленного больного - излечить с минимальными морфологическими и функциональными изменениями;
- для хронического больного - достичь стабилизации процесса и абациллирования;
- для некурабельного больного - облегчить страдания.

Основные разделы комплексного лечения:

- этиотропная терапия (химиотерапия, направленная на возбудитель);
- патогенетическая (терапия, направленная на различные звенья патогенеза заболевания, с целью повышения защитных сил организма);
- лечение, направленное на пораженный орган;
- симптоматическое лечение;
- дезинтоксикационная терапия;
- лечение сопутствующих заболеваний.

Основой лечения больного туберкулезом является гигиено-диетический режим и питание

Основной метод лечения туберкулеза - химиотерапия (противотуберкулезные препараты)

Основные противотуберкулезные препараты:



Стандартные режимы химиотерапии режимы химиотерапии

IIб режим	3 H R Z E [Pt] [Cap]/[K] [Fq]	В соответствии с режимами IIа или IV в зависимости от лекарственной чувствительности микобактерий
III режим	2 H R Z E 2 H R Z/E/S <***>	4 H R/4 H R 3 3 6 H E
IV режим	Минимум 5 препаратов, к которым сохранена чувствительность [Z E Pt Cap/K Fq] [PAS] [Rb] [Cs] Длительность фазы не менее 6 мес.	Минимум 3 препарата, к которым сохранена чувствительность [E Pt Fq] [Rb] [Cs] [PAS] Длительность фазы не менее 12 мес

Фазы химиотерапии:

- интенсивная фаза химиотерапии;
- фаза продолжения лечения.

Основные принципы химиотерапии:

- своевременное назначение химиотерапии;
- назначать одномоментно 3-5 противотуберкулезных препаратов;
- назначать полные терапевтические дозы из расчета на кг массы тела больного, например, изониазид- 8-10 -15 мг/кг , стрептомицин 15-20 мг/кг;
- учитывать возраст и сопутствующие заболевания;

продолжение

- учитывать побочные действия от химиопрепаратов;
- учитывать лекарственную устойчивость возбудителя;
- использовать рациональные пути и способы введения противотуберкулезных препаратов;
- лечение больного должно быть длительным и систематическим;
- лечение должно быть контролируемым.

Условия химиотерапии:

- ▣ регулярность приема противотуберкулезных препаратов;
- ▣ систематический контроль за лечением.

Этапы лечения больных туберкулезом:

- стационарный этап;
- санаторное лечение;
- амбулаторное лечение.

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

□ Терапевтические методы включают:

- общие меры воздействия : гигиено-диетический режим, противотуберкулезная химиотерапия, лечение сопутствующих заболеваний и осложнений, применение иммунокорректоров, витаминов и других патогенетических средств;
- местные неинвазивные и инвазивные меры, направленные на ликвидацию специфического процесса в челюстно-лицевой области.

Хирургические вмешательства при туберкулезе костей и суставов

- инцизия,
- некроэктомия (при поражениях диплоэ и наружной пластинки кости) ,
- трепанация черепа и удаление грануляции с подлежащего участка твердой мозговой оболочки с компенсацией дефекта костной ткани протезом (при сквозном прободении кости черепа) ,
- вскрытие абсцесса и выскабливание его стенки ,
- поднадкостничная резекция и удаление пораженных зубов (при туберкулезе альвеолярного отдела челюсти).

Лечение туберкулезного паротита

- противотуберкулезная терапия,
- десенсибилизирующие средства,
- инстилляция протоков околоушной слюнной железы 10% раствором изониазида и рифамицина,
- электрофорез околоушных желез раствором галантамина, йодида калия (в период ремиссии)
- резекция или удаление околоушных желез (при развитии обширного абсцедирования в слюнной железе).

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

- строгое соблюдение санитарно-противоэпидемического режима с применением средств, активных в отношении МВТ.
- Осмотр полости рта у больных активной формой туберкулеза и оказание им плановой стоматологической помощи по направлению врача-фтизиатра после исчезновения или уменьшения симптомов интоксикации и при нормальной температуре тела.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

- стоматологическое лечение начинают с полноценной гигиены полости рта, ее санации, противовоспалительной терапии пародонтита, периодонтита, кариеса и профилактических антибактериальных мероприятий.
- проводят эндодонтическое лечение зубов с хроническим апикальным периодонтитом при хорошо проходимых корневых каналах.

Противопоказания к проведению лечения:

- хронический пародонтит с наличием II—III степеней подвижности зуба и выраженной атрофии десны;
- значительные деструктивные изменения в периодонте и прилежащей костной ткани (радикулярные кисты и кистогранулемы);
- туберкулезные и другие язвенно-некротические процессы в области пораженного зуба.

Зубы с пораженным туберкулезом периодонтом удаляют.

Меры противоинфекционной защиты врача-стоматолога

- знать группы повышенного риска по заболеванию туберкулезом,
- учитывать наличие в больничной среде полирезистентных штаммов микроорганизмов, которые представляют постоянный источник опасности как для пациента, так и для персонала,
- опрашивать пациентов не страдают ли они туберкулезом, хроническими заболеваниями органов дыхания (аденовирусные инфекции, бронхиты, воспаление легких, плеврит и др.), наличие контакта с больным туберкулезом.
- обязательное представление пациентом при плановом посещении стоматолога результатов флюорографического исследования

Меры противоинфекционной защиты врача-стоматолога

- Соблюдение гигиенических мероприятий: на рабочем месте:

первая зона - зона лечения : инструменты и материал, т. е. столик лечащего врача - самый высокий уровень гигиены.

вторая зона - границы зоны лечения: наконечники, воздушные пистолеты, отсасывающие шланги, светильники, плевательницы, краны и раковины. Обязательная обработка дезодорирующими средствами после каждого пациента.

третья зона - остальная часть кабинета: стены, полы, двери, шкафы, не соприкасающиеся со слизистыми оболочками пациента. Обязательна ежедневная уборка и хорошая вентиляция.

Обработка стоматологических инструментов после их использования

- Нестерильные инструменты замачивают в специальном дезинфицирующем растворе
- Все инструменты и лотки очищают моющим раствором
- Сушка инструментов
- Стерилизация инструмента — выдерживание в сухожаровых шкафах согласно санитарно-эпидемиологическим требованиям;
- Хранение инструментов в стерильных условиях до момента их использования врачом стоматологом.

Меры противoinфекционной защиты врача-стоматолога

- полоскание рта пациентом перед началом лечения (уменьшает содержание бактерий в любых аэрозолях, образующихся во время лечения, применение воды снижает количество бактерий на 75%, а бактерицидных жидкостей — до 98%) .
- Амбулаторную карту следует заполнять после окончания лечения, когда руки врача вымыты.

Индивидуальные меры предосторожности

- свежестырированная спецодежда
- перчатки, маска и защитные очки
- соблюдение правил личной гигиены.

Применение средств, активных в отношении микобактерий туберкулеза

- Обработка инструментов, слепков, элементов протезов и т.п. препаратами «Гигасепт», «Лизетол», гидрохлоридом натрия
- Обработка рук мед. персонала перед надеванием перчаток кремом «Пливасепт»,
- Обработка полости рта пациента- полоскание дезинфицирующими средствами пародонтального кармана и десневого желобка 3% перекисью водорода
- Уф-облучение помещений.

Спасибо за внимание!

