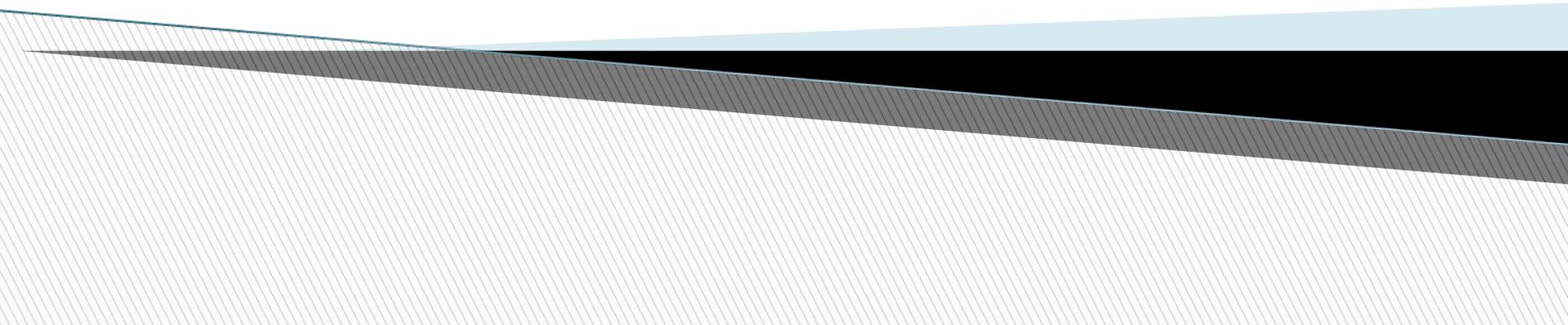


# Туберкулез полости рта

История болезни



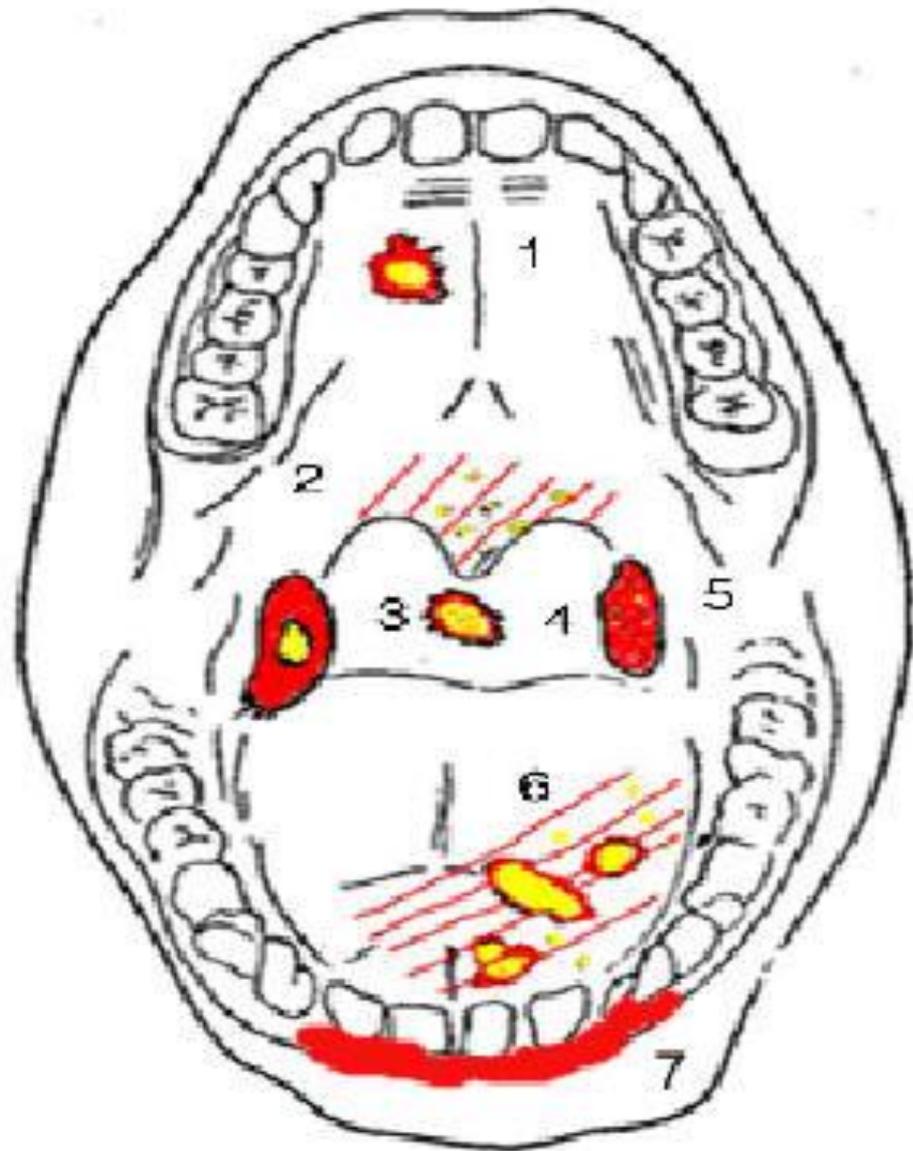
- ▣ **Туберкулез полости рта** относится к группе поражений бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей. Туберкулез полости рта встречается как осложнение других форм первичного и вторичного туберкулеза легких и внутригрудных лимфатических узлов. Заболевание, вызывается микобактерией туберкулеза (палочкой Коха). Она попадает в СОПР гематогенным, лимфо генным или экзогенным (воздушно-капельным или алиментарным) путем, обуславливая первичные и вторичные проявления инфекции.

## **Основными туберкулезными проявлениями, которые могут встретиться при оказании стоматологической помощи являются:**

- - туберкулез полости рта (туберкулез языка; туберкулез десен;
- - туберкулез слизистой оболочки губ и щек; туберкулез твердого и мягкого неба);
- - туберкулез миндалин;
- – туберкулез глотки.

# Графическое обозначение туберкулезного экссудативного прогрессирующего процесса рта и глотки (клише):

- 1- язва на твердом небе справа;
- 2- гиперемия, инфильтрация, отечность, милиарные бугорки на язычке
- 3 – гиперемия и инфильтрация миндалин, на правой миндалине язва;
- 4- язва на задней стенке глотки;
- 5- гиперемия, инфильтрация, отечность левой миндалины
- 6- милиарные узелки и язвы слева на нижней и боковой поверхности языка.
- 7 – гингивит

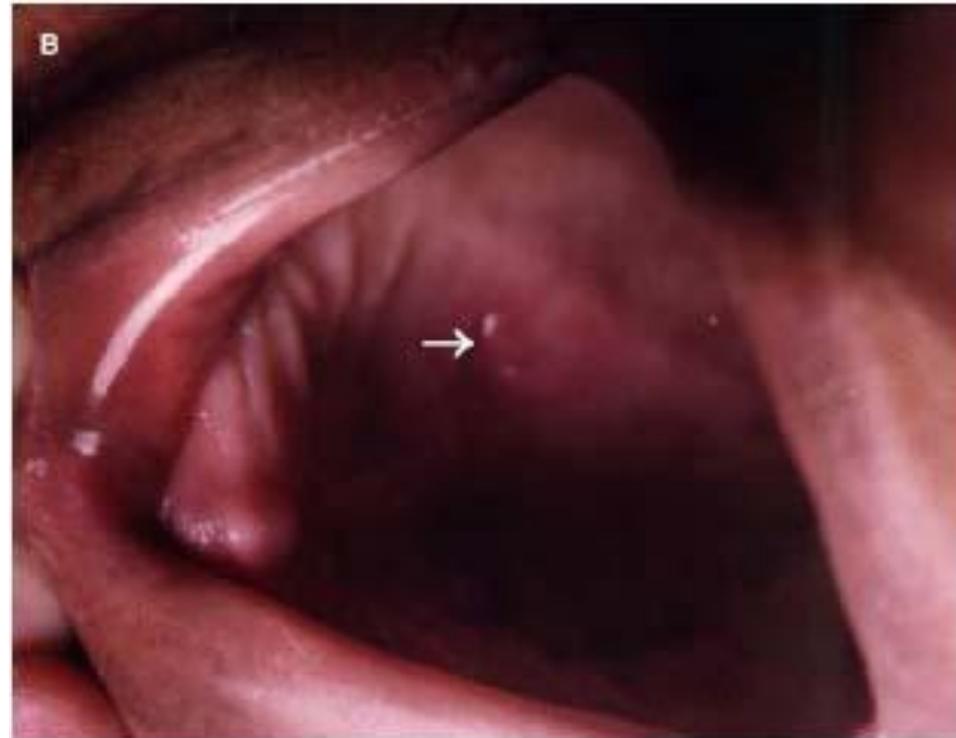


# История болезни

- ▣ **Иванов Александр Дмитриевич Возраст - 29 лет (17.11.1970г.).**
  - ▣ **История заболевания**
  - ▣ С июня 1997 года находился в заключении (г. Эмба). Содержался в течении 2-х лет вместе с больными туберкулезом, условия жизни были плохие, питание недостаточное. В 2000 году поступил в клинику – 28.06.2000г. с жалобами на потливость, повышения температуры до 37,4, общая слабость, сонливость, повышенную утомляемость. В результате проведенного обследования был установлен клинический диагноз. Диссеминированный туберкулез. Фаза распада. МБТ (-). Процесс подострый. В последствии было назначено лечение. 23.12.2000г. больной вновь обратился в клинику с жалобами на кашель, мокроту и интенсивную боль при глотании и приёме пищи. Вероятно, что туберкулезные поражения полости рта возникли у больного именно в связи с диссеминированным туберкулезом, при котором микобактерии, выделяясь, в значительном количестве с мокротой, внедрились в слизистую оболочку рта.

# Данные объективного обследования

- Состояние больного относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Тип телосложения гиперстенический. Нарушений осанки и походки не отмечается. Температура 36,8 С.
- **Исследование ротовой полости.**
- Обнаружен округлый инфильтрат 1 x 1,5 см с неровными краями, расположены на правой стороне срединной линии мягкого неба



□ Также наблюдается язва, расположенная на слизистой верхней губы, распространяющаяся на щеку. Обнаружено наличие изъязвлений, отечность десен.



**Исследование костной системы.** Жалоб нет. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается.

**Исследование системы пищеварения.** Аппетит хороший. Глотание чрезвычайно болезненное.

**Исследование системы кровообращения.** Жалоб на боли в области сердца, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку, кашель, кровохарканье, удушье нет.

**Исследование эндокринной системы.** Жалоб нет.

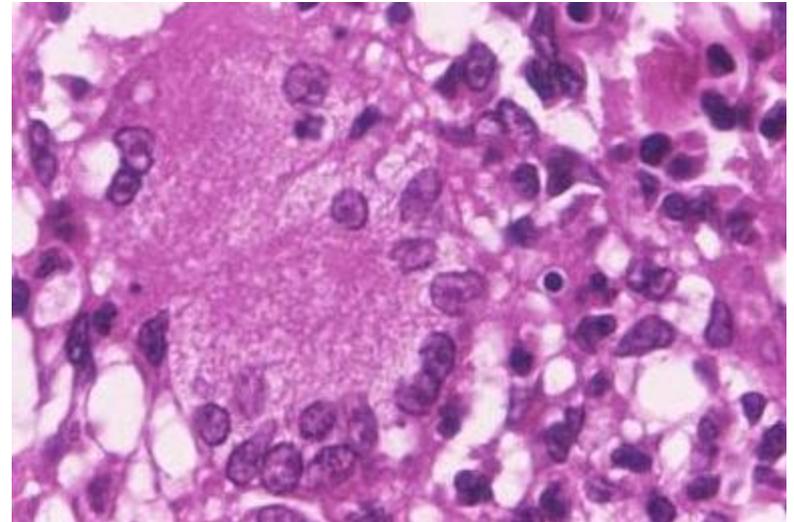
# Данные лабораторных методов исследования.

Анализ крови указывает на лейкоцитоз, что свидетельствует о бактериальной инфекции, воспалении и некрозетканей, интоксикации. Эозинофилез может быть проявлением аллергии, непереносимости лекарств, т.е. сенсibiliзации. Лимфоцитоз свидетельствует о наличии бакинфекции (туберкулеза). СОЭ незначительно снижено, что может свидетельствовать о хронической недостаточности кровообращения. В целом, анализ крови характерен для туберкулезной инфекции.

## Клинический анализ крови.

### Показатели

Лейкоциты	10	10
Эозинофилы	4,2 (	4,8 (
Нейтрофилы с/я	14 (	7 (
Палочкоядерные	37 (	47 (
Лимфоциты	1 (	2 (
Моноциты	41 (	41 (
СОЭ мм/ч	8 (	5 (
	2 (	2 (



**Интерпретация анализа.** Лейкоцитурия сопровождается лихорадкой, интоксикации. Кислая среда мочи и, как следствие, ураты в неорганизованном осадке, также наблюдаются при лихорадочных состояниях. Вывод: анализ мочи характерен для лихорадочного состояния, интоксикации.

▣ **Клинический анализ мочи.**

▣ **Показатели**

▣ <b>Цвет</b>	С/ж	С/ж	
▣ <b>Реакция</b>	Кислая	Кислая	
▣ <b>Прозрачность</b>	Мутноватая	Мутноватая	
▣ <b>Глюкоза</b>	Нет	Нет	
▣ <b>Белок</b>	Нет	Нет	
▣ <b>Отн. Плотность</b>	1029 (	1016 (	
▣ <b>Лейкоциты</b>	3-4 вп/з (	2-3 вп/з (	
▣ <b>Эритроциты</b>	Единичные (	Нет (	
▣ <b>Эпителий плоский</b>	Нет	плоский 2-3 в п/з	
▣ <b>Слизь</b>	Много	Умеренное кол-во	
▣ <b>Соли</b>	Нет	Ураты	

# Исследования органов слизистой оболочки полости рта.

Острые инфильтративные и язвенные процессы слизистой оболочки губ в экссудативной, фазе со значительной болезненностью, отечность обеих губ с высыпанием милиарных узелков, изъязвления на голосовых связках.

## Клинический диагноз.

**Туберкулез слизистой оболочки губ в комбинации с туберкулёзным поражением глотки.**

Обоснование клинического диагноза.

**1. характерная клиника** – острые инфильтративные и язвенные процессы слизистой оболочки губ.

**2. данные анамнеза** - контакт с больными туберкулезом в заключении, диссеминированный туберкулез.

**3. данные гистологического исследования** - большая популяция МБТ нарушает баланс в иммунной защите: количество Т-супрессоров (CD8+) растёт, иммунологическая активность Т-хелперов (CD4+) падает.

Усиливается инфильтрация наружного слоя полинуклеарными лейкоцитами, макрофагами и лимфоидными клетками.

**Диагноз туберкулез слизистой оболочки губ в комбинации с туберкулёзным поражением глотки установлен.**

# Лечение

- 1. Провести осмотр полости рта у больного и оказание ему стоматологической помощи не ранее, чем через 2-4 месяца от начала специфической химиотерапии
- 
- 2. В связи со сниженной резистентностью организма у больного, стоматологическое лечение необходимо начинать с хорошей гигиены полости рта, ее санации, противовоспалительной терапии.
- 
- 3. Прохождение лечения в специализированном фтизиатрическом лечебном учреждении.
- 
- 4. Общее лечение должно дополняться местными мероприятиями: гигиеническим содержанием и санацией полости рта, туалетом язв.
- 
- 5. После клинического выздоровления при полной эффективности основного курса лечения и местных лечебных мероприятий больной должен оставаться под наблюдением на протяжении 2 лет.