

Туберкулез полости рта

История болезни



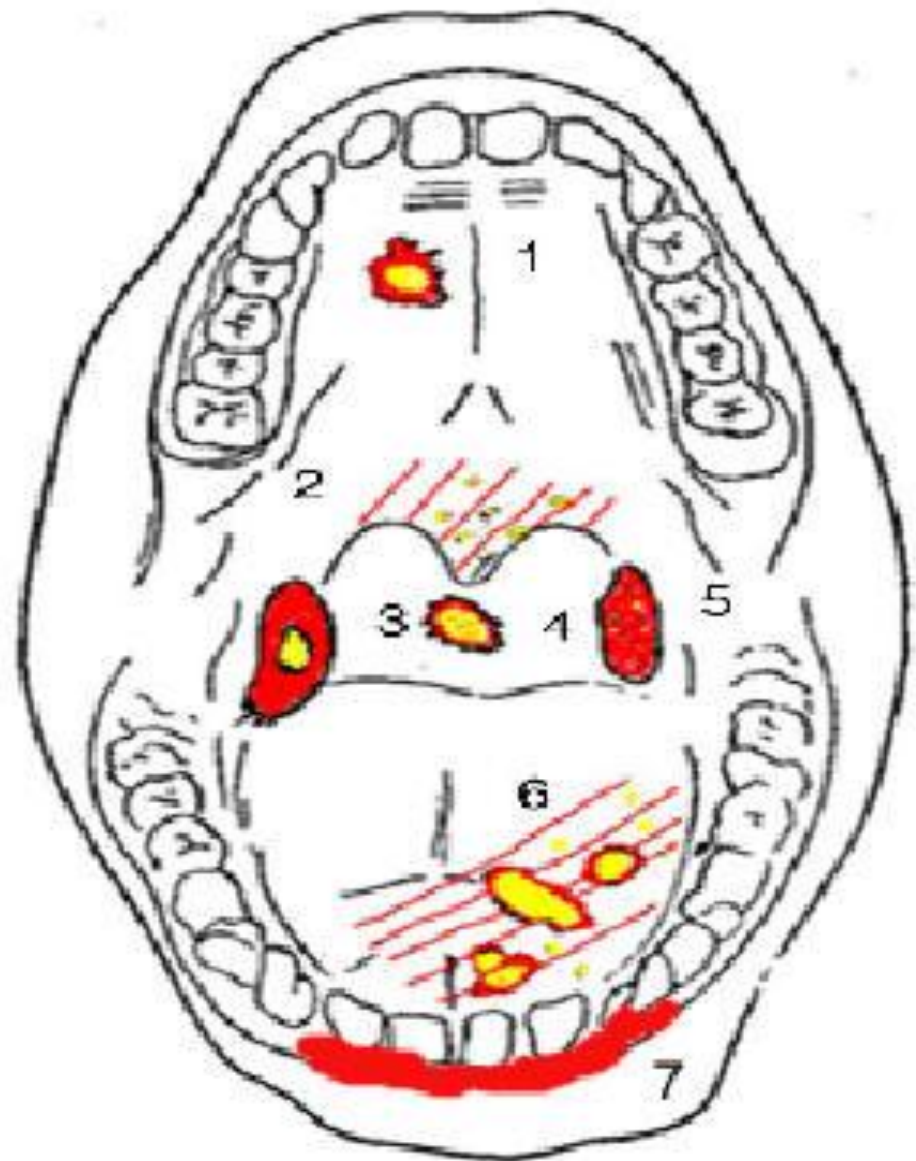
- ▣ **Туберкулез полости рта** относится к группе поражений бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей. Туберкулез полости рта встречается как осложнение других форм первичного и вторичного туберкулеза легких и внутригрудных лимфатических узлов. Заболевание, вызывается микобактерией туберкулеза (палочкой 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

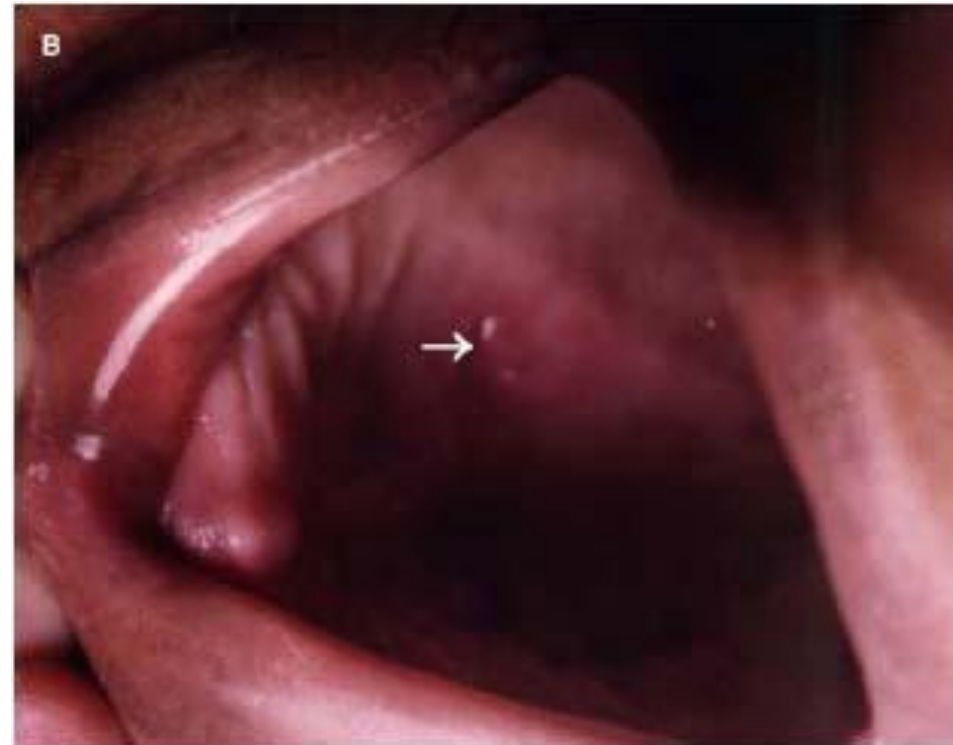


История болезни

- ▣ **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 приеме 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.

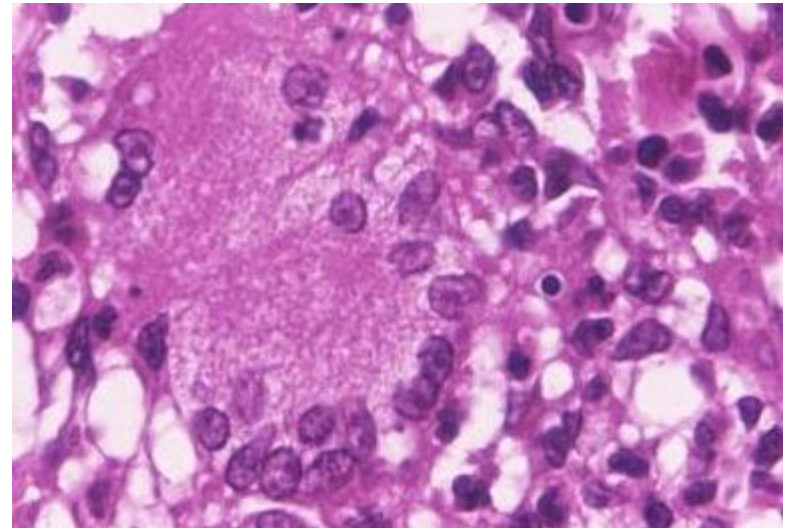
Данные лабораторных методов исследования.

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 ()	17 ()
Палочкоядерные	37 ()	47 ()
Лимфоциты	1 ()	2 ()
Моноциты	41 ()	41 ()
СОЭ мм/ч	8 ()	15 ()
	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		
▣	 Цвет	С/ж	С/ж
▣	 Реакция	Кислая	Кислая
▣	 Прозрачность	Мутноватая	Мутноватая
▣	 Глюкоза	Нет	Нет
▣	 Белок	Нет	Нет
▣	 Отн. Плотность	1029 (1016 (
▣	 Лейкоциты	3-4 вп/з (2-3 вп/з (
▣	 Эритроциты	Единичные (Нет (
▣	 Эпителий плоский	Нет	плоский 2-3 в п/з
▣	 Слизь	Много	Умеренное кол-во
▣	 Соли	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.