

## Методическая разработка семинара для ординаторов № 65

**Тема:** Проявление специфических инфекций (туберкулёз) в полости рта. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

**Форма проведения:** семинар

**Контингент обучающихся:** ординаторы

**Продолжительность семинара:** 6 часа

**Место проведения:** кафедра стоматологии ИНМФО

**Цель семинара:** Научиться диагностировать, проводить дифференциальный диагноз при работе с пациентами с данным заболеванием.

**Формируемые профессиональные компетенции (ПК):**

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5).

**Краткий план проведения:**

1. Организационные вопросы.
2. Обсуждение вопросов для выявления исходного уровня знаний.
3. Опрос по контрольным вопросам.
4. Демонстрация преподавателем методик проведения основных и дополнительных методов обследования при кариесе зубов и его осложнениях.

**Методическое оснащение:** методические разработки кафедры терапевтической стоматологии ВолгГМУ.

**Материальное обеспечение:** наборы стоматологических лотков с инструментами для приема больных и работы на фантомах; стоматологические пломбирочные материалы; расходные материалы; видеофильмы, тематические больные, тесты, ситуационные задачи; наборы рентгенограмм; презентации для мультимедиа-проектора.

**Список основной и дополнительной литературы:**

**Основная литература:**

1. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология [Текст] : учебник для студентов мед. вузов / Боровский Е. В., Иванов В. С., Банченко Г. В. и др. ; под ред. Е. В. Боровского . - М. : МИА , 2011 . - 798 с. : ил., цв. ил.
2. Максимовский Ю. М. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] : рук. к практ. занятиям / Максимовский Ю. М., Митронин А. В. ; М-во образования и науки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 . - 423, [9] с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
3. Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник для вузов / под ред. Г. М. Барера; [кол. авт.: Г. М. Барер и др.] . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010 . - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

**Дополнительная литература:**

1. Атлас грибковых заболеваний [Текст] / под ред. К. А. Кауфман, Д. Л. Манделла; пер. с англ. под ред. Ю. В. Сергеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010 . - 234 с.: ил., цв. ил.
2. Камышников В. С. и др. Методы клинических лабораторных исследований [Текст] /под ред. В. С. Камышникова. - 7-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2015. - 735, [1] с. : ил., цв. ил.
3. Логинова Н.К. Методы функциональной диагностики в стоматологии [Текст] / Н. К. Логинова. - М. : МГМСУ, 2014. – 140 с.
4. Николаев А. И. Практическая терапевтическая стоматология [Текст] : учеб. пособие по спец. 060105.65 "Стоматология" дисциплины "Терапевт. стоматология" / Николаев А. И., Цепов Л. М. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : МЕДпресс-информ, 2010 . - 924, [4] с. : ил. . - Библиогр. : с. 921-924
5. Сапин М. Р. Атлас анатомии человека для стоматологов [Электронный ресурс] / Сапин М. Р., Никитюк Д. Б., Литвиненко Л. М. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2013. – 600 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
6. Терапевтическая стоматология [Текст] : нац. рук. / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2009 . - 911с. : ил. + 1 CD-ROM . - Национальные руководства
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем МКБ-10 [Текст] : 10-й пересмотр : пер. с англ. Т.1, ч.1. - М. : Медицина, 2003. - (Всемирная организация здравоохранения, Женева).

### **ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:**

1. Строение слизистой оболочки.
2. Анатомо-физиологические особенности строения десны.
3. Состав микрофлоры полости рта.
4. Изменение микрофлоры полости рта при различных заболеваниях полости рта.

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Возбудители туберкулеза.
2. Особенности клинического течения.
3. Клинические периоды течения туберкулеза.
4. Особенности проявления в полости рта.
5. Роль цитологического метода в диагностике заболеваний.
6. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика.
7. План лечения больных туберкулезом.

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ**

**Туберкулез** — хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза.

Туберкулезное поражение слизистой оболочки рта и красной каймы губ обычно является вторичным и возникает при наличии туберкулезного процесса в легких, лимфатических узлах или костях. Микобактерии туберкулеза попадают на слизистую оболочку рта чаще всего гематогенным или лимфогенным путем из первичного туберкулезного очага. Слизистая оболочка рта благодаря выраженной резистентности является неблагоприятной средой для размножения микобактерии туберкулеза. Как правило, они быстро гибнут на ее поверхности. Однако при наличии повреждений слизистой оболочки микобактерии могут проникнуть через нее и вызвать первичную

туберкулезную язву. Первичный туберкулез в полости рта встречается крайне редко, в основном у детей.

**ПЕРВИЧНАЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ЯЗВА**, или первичный туберкулезный шанкр, возникает на слизистой оболочке рта или красной кайме губ вследствие проникновения микобактерии через поврежденную слизистую оболочку. Заражение происходит чаще воздушно-капельным путем, реже алиментарным. После инкубационного периода продолжительностью от 8 до 30 дней на месте входных ворот инфекции возникает язва с подрытыми, неровными краями и зернистым, грязно-серого цвета дном. Для туберкулезной язвы характерны отсутствие острых воспалительных явлений и выраженная болезненность. В основании и по краям язвы — небольшой инфильтрат, более выраженный при локализации поражения на красной кайме губ. Через 2—4 нед после образования язва увеличивается в размерах.

Регионарные лимфатические узлы также увеличиваются и уплотняются, часто нагнаиваются и вскрываются. Изменяется общее состояние больных: появляются субфебрильная температура, слабость, повышенное потоотделение. У детей грудного возраста эта форма нередко приобретает тяжелое течение с генерализацией туберкулезной инфекции.

**ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ВОЛЧАНКА (*lupus vulgaris*)**. Это наиболее часто встречающееся заболевание из туберкулезных поражений слизистой оболочки рта и красной каймы губ. При туберкулезной волчанке поражение слизистой оболочки рта, как правило, сочетается с поражением кожи. Излюбленная локализация — кожа лица, которая поражается примерно у 75% больных. Очень часто поражается красная кайма верхней губы в результате распространения процесса с кожи носа. В последующем в процесс часто вовлекается и слизистая оболочка рта. Возможно изолированное поражение только красной каймы верхней губы. Избирательное поражение только слизистой оболочки рта встречается редко. Волчаночный процесс может поражать любой участок слизистой оболочки рта или красной каймы губ, но наиболее типичная его локализация — слизистая оболочка верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти в области передних зубов, твердого и мягкого неба, деснах. Первичным элементом этой формы туберкулеза является *бугорок*, или *люпома*, представляющие собой ограниченное, вначале плоское, безболезненное образование величиной с булавочную головку (диаметр 1—3 мм), мягкой консистенции, красного или желтовато-красного цвета. Бугорки склонны к периферическому росту и слиянию с соседними элементами, что приводит к образованию различных размеров и очертаний бляшек, в которых различаются отдельные бугорки. Центр бляшки довольно легко разрушается, превращаясь в язву с мягкими, изъеденными, но не подрытыми краями. Язва поверхностная, малоболезненная, дно ее покрыто желтоватым или желтовато-красным налетом, при наличии разрастающихся грануляций напоминает малину. Характерными для туберкулезной волчанки являются симптом яблочного желе и проба с зондом. При надавливании на люпому предметным стеклом исчезает красная окраска, обусловленная перифокальным расширением сосудов, и становятся видимыми первичные элементы люпомы — желтовато-бурого или восковидного цвета узелки, напоминающие по цвету яблочное желе (симптом яблочного желе). Если на люпому надавить пуговчатым зондом, то он легко проваливается (симптом Пospelова), что объясняется главным образом разрушением эластических и коллагеновых волокон в бугорке. В клиническом течении туберкулезной волчанки слизистой оболочки рта выделяют четыре стадии: инфильтративную, бугорковую, язвенную и рубцовую. В инфильтративной стадии преобладают инфильтративные процессы. Слизистая оболочка рта на участке поражения отекает, гиперемирована. Первичные элементы туберкулезной волчанки — бугорки — еще не выражены. Вторая стадия характеризуется появлением мелких бугорков, которые, сливаясь, напоминают бородавчатые разрастания. В III стадии

происходит изъязвление бугорков с образованием глубоких язв. На фоне язвенно-бугоркового поражения нередко появляются папилломатозные разрастания, характерные для локализации процесса на твердом и мягком небе. Четвертая, завершающая, стадия процесса характеризуется образованием рубцов. В случае отсутствия стадии изъязвления бугорков образуются гладкие, блестящие, атрофичные рубцы. После эпителизации язвенных поверхностей при туберкулезной волчанке рубцы плотные, грубые, спаивающие слизистую оболочку рта с подлежащими тканями. Клинические проявления туберкулезной волчанки в различных отделах полости рта имеют некоторые особенности. При локализации волчанки на десне последняя инфильтрируется, становится ярко-красного цвета, легко кровоточит, безболезненная. Впоследствии на десне появляются бугорково-язвенные поражения. При этом достаточно часто поражается костная ткань альвеолярного отростка. Развивается картина быстро прогрессирующего пародонтита. Зубы становятся подвижными и выпадают. На красной кайме губ язвы покрываются кровянисто-гнойными корками. Пораженная губа сильно отекает, увеличивается в размерах, на ней возникают болезненные трещины. После разрешения процесса остается рубец. Если процесс протекал без изъязвления, образуется гладкий атрофический рубец. В местах изъязвлений рубцы плотные, грубые, спаивают слизистую оболочку с подлежащими тканями. Характерно повторное образование люпом на рубце. Локализация очага волчанки на губе впоследствии приводит к ее деформации, в результате чего затрудняется прием пищи, искажается речь. При поражении обеих губ может развиваться микростома.

Течение туберкулезной волчанки хроническое. Без лечения процесс может продолжаться неопределенно долго, на рубцах возникают свежие бугорки. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются и уплотняются. Туберкулезная волчанка может осложняться рожистым воспалением, кандидозом. Озлокачествление волчаночных язв на слизистой оболочке рта возникает в 1 — 10 % случаев (люпус-карцинома).

### **МИЛИАРНО-ЯЗВЕННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ** (*tuberculosis miliaris ulcerosa*).

Милярно-язвенный туберкулез слизистой оболочки рта встречается редко. Возникает у больных, страдающих тяжелыми формами туберкулеза легких или гортани, сопровождающихся выделением с мокротой большого количества микобактерии туберкулеза. Вследствие снижения резистентности организма у таких больных возбудитель туберкулеза легко внедряется в слизистую оболочку и беспрепятственно размножается, вызывая язвенные процессы. Поражаются главным образом постоянно травмируемые участки слизистой оболочки щек, по линии смыкания зубов, спинка и боковые поверхности языка, мягкое небо, дно полости рта.

Клинически эта форма туберкулеза характеризуется появлением на слизистой оболочке рта множественных милярных узелков величиной с булавочную головку серовато-красного цвета, представляющих собой слившиеся туберкулезные фолликулы, состоящие из скопления лимфоцитов, плазмочитов и эпителиоидных клеток. Бугорки очень быстро превращаются в микроабсцессы и вскрываются с образованием мелких, очень болезненных поверхностных язвочек, которые довольно быстро увеличиваются и сливаются с аналогичными, рядом расположенными, достигая размера 2—3 см в диаметре. Такие язвы обычно неглубокие, имеют неправильную форму, подрытые, изъеденные края, резко болезненны. Дно язвы покрыто желтовато-серым налетом с незначительным гнойным отделяемым, легко кровоточит при поскабливаниях, имеет зернистый вид за счет нераспавшихся бугорков. На дне и вокруг язв обнаруживаются милярные некротические бугорки желтого или серовато-желтого цвета (мелкие абсцессы) — так называемые зерна Треля. Основание язвы не имеет уплотнения, мягкое при пальпации. Воспалительные явления вокруг язв выражены незначительно. Регионарные лимфатические узлы вначале могут не пальпироваться, в дальнейшем становятся увеличенными, уплотненными и болезненными. При длительном

существовании язвы и вторичном ее инфицировании может наблюдаться уплотнение краев и дна. На языке или по переходной складке язвы могут принимать вид глубоких, болезненных трещин. При локализации язвы на деснах, помимо поражения мягких тканей, может произойти разрушение периодонта и кости, следствием чего может быть подвижность и выпадение зубов. Общее состояние больных резко изменяется: наблюдаются исхудание, повышенная потливость, одышка, повышение температуры тела, гиперсаливация. Отмечаются изменения в лейкоцитарной формуле, повышена СОЭ. В соскобах с язв при цитологическом исследовании выявляют гигантские клетки Пирогова—Лангханса и эпителиоидные клетки.

При бактериоскопическом исследовании обнаруживаются микобактерии туберкулеза (окраска по Цилю—Нильсену).

#### **Лечение.**

Туберкулезное поражение слизистой оболочки рта служит проявлением общей туберкулезной инфекции, поэтому общее лечение больных проводят в специализированных противотуберкулезных диспансерах.

*Местное лечение* направлено на устранение травмирующих факторов, лечение твердых тканей зубов и пародонта. Применяется также обработка слизистой оболочки рта антисептическими и обезболивающими препаратами в виде ротовых ванночек и аппликаций.

#### **КОЛЛИКВАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ, или СКРОФУЛОДЕРМА (scrofuloderma).**

На слизистой оболочке рта встречается крайне редко, в основном у детей. Характеризуется образованием узлов в глубоких слоях слизистой оболочки. Узлы развиваются медленно и безболезненно, без выраженной воспалительной реакции. По мере увеличения узлы спаиваются со слизистой оболочкой рта или кожей, цвет которых становится цианотичным. Постепенно узлы размягчаются и вскрываются, через образовавшиеся свищевые отверстия выделяется гной с примесью крови и частицами некротизированных тканей. На месте вскрывшихся узлов формируются язвы, слабоболезненные, неправильной формы, с изъеденными подрытыми краями. Дно язв покрыто вялыми грануляциями и серовато-желтым налетом. После заживления язв остаются втянутые, обезображивающие рубцы.