

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ

КАФЕДРА ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ С КУРСОМ ДЕТСКОЙ ОРТОДОНТИИ

ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ

Мартirosян Р.В.

Мартirosян К.А.

Из истории туберкулеза



- Археологи обнаруживают останки людей, живших несколько тысяч лет назад, со следами поражений, характерных для туберкулеза. Известно, что в Древней Персии людей с симптомами туберкулеза изолировали от здоровых, а в Индии были запрещены браки с больными туберкулезом. Описания этого заболевания можно найти в трудах Гиппократ и Авиценны.

- В Европе и Северной Америке пик распространения туберкулеза пришелся на **XVIII – начало XX века**, когда из-за ужасающих масштабов заболевания оно получило название "белой чумы". Диагноз туберкулеза считался почти смертным приговором, средняя продолжительность жизни больных не превышала 3-5 лет. В это время от туберкулеза умирал каждый седьмой житель Европы. Тема "чахотки" (так раньше назывался туберкулез) была отражена в произведениях Достоевского, Чехова, Диккенса, Дюма, в полотнах художников Н.П. Клодта, В.М. Максимова, В.Д. Поленова, в операх Верди и Пуччини – это говорит о крайне широком распространении заболевания и о его влиянии на общество. Туберкулезом болели и умерли от него В.Г. Белинский, Н.А. Добролюбов, А. П. Чехов, Ф. Шопен и многие другие известные люди.

- В **1882 году** немецкий ученый Роберт Кох открыл возбудителя туберкулеза – микобактерию туберкулеза, которого также называют бациллой Коха, или палочкой Коха. Это открытие позволило создать новые методы лечения и профилактики заболевания. 24 марта 1882 года – день объявления Коха об этом открытии – считается днем рождения фтизиатрии, науки о туберкулезе. В 1911 г. открытие Коха было отмечено Нобелевской премией.

- К середине XX века во многих странах мира распространенность туберкулеза значительно снизилась. Появление в **1942 году** первого противотуберкулезного препарата стрептомицина, а позже и других эффективных лекарств, позволило взять ситуацию с туберкулезом под контроль.

Этиология и патогенез

- Возбудителем заболевания являются микобактерии туберкулеза (*m. tuberculosis*). Внедрение микроорганизмов происходит двумя путями: непосредственно при повреждении или воспалении слизистой оболочки, миндалин и других тканей и органов полости рта, или при распространении инфекции по сосудистому руслу (гематогенно, лимфогенно) из отдаленных очагов (легкие, кости и т.д.). Различают две формы туберкулеза в челюстно-лицевой области - первичную и вторичную.

Вирус туберкулеза



Первичное инфицирование

- Характерно для детского возраста и возникает обычно у детей, имевших контакт с больными туберкулезом. Заболевание может развиваться при употреблении инфицированного молока зараженных коров.

Инфекция может проникнуть при травме и воспалении слизистой оболочки. На месте внедрения в кожу, после инкубации, которая длится 1-3 недели, возникает ограниченная припухлость. Постепенно формируется папулезное, пузырьчатое или пустулезное образование. После изъязвления, нагноения и отторжения корочки остается язва с неправильными, подрытыми краями, дно которой выполнено грануляциями и мелкими желтоватыми узелками.

Туберкулезная язва на языке



Через 1-2 месяца первичная туберкулезная язва рубцуется или распространяется в соседние области. В полости рта у детей туберкулезное поражение развивается чаще всего в области миндалин, десны, реже носоглотки.

Туберкулезные грануляуции



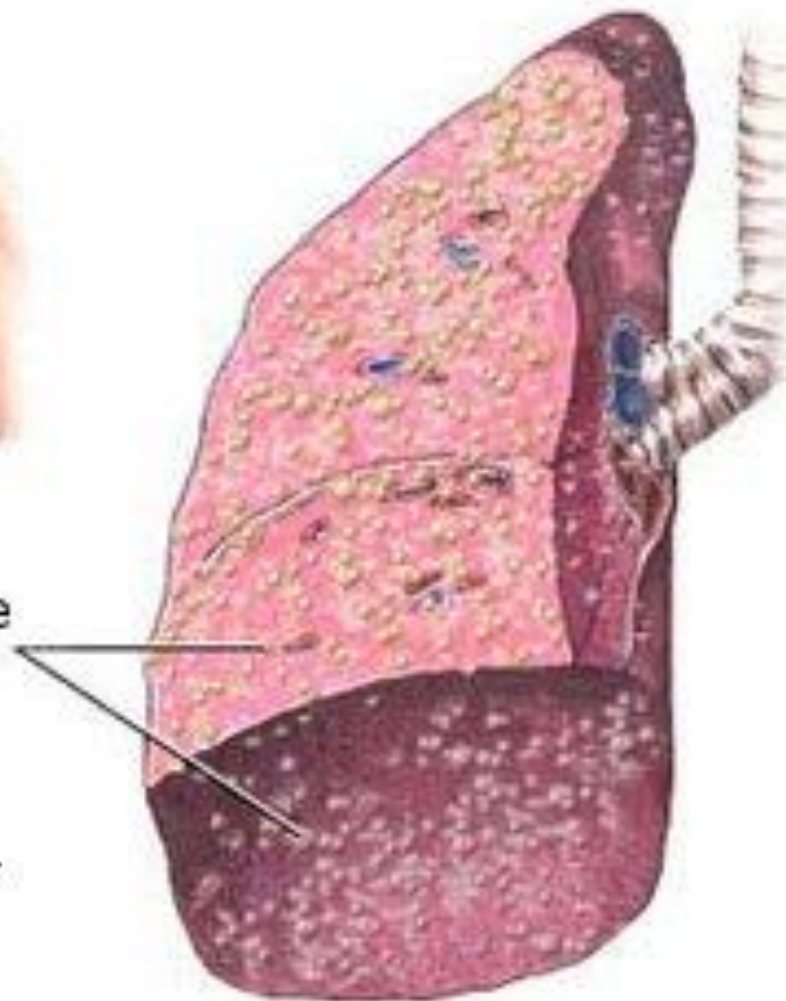
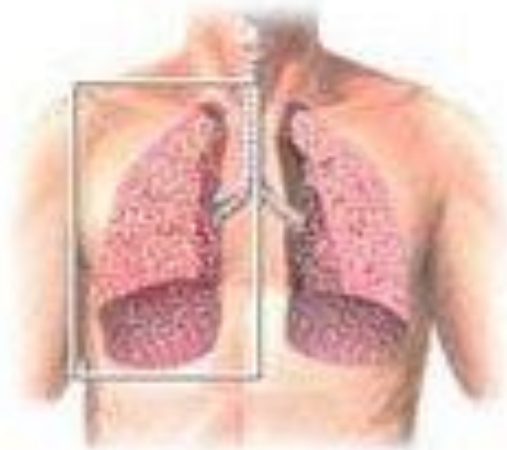
Туберкулезные грануляции мягкие, губчатые, легко кровоточат и отличаются плоскостным ростом. Зубы в области поражения могут расшатываться и выпадать. Лунки выпавших зубов заполняются специфическими грануляциями, содержащими туберкулезные бугорки. Реакция Пирке положительная.

Проявление в полости рта



Вторичное поражение

- слизистой оболочки туберкулезом представляет собой проявление общего туберкулёза с очагами в различных органах и тканях.



Воспалительные
узелки,
содержащие
микобактерии
(палочки) Коха -
возбудителя
туберкулеза

- Вторичные очаги локализуются чаще в челюстях или скуловых костях. На верхней челюсти в процесс вовлекаются передняя стенка, нижнеглазничный край, а также скуловой и альвеолярный отростки.
- На нижней челюсти процесс локализуется чаще в области угла, ветви и альвеолярного отростка. В начале заболевания появляется умеренная припухлость, которая медленно нарастает.

- В течение 1-2 месяцев кожа приобретает синюшный оттенок, иногда с легкой гиперемией. Процесс развивается медленно. В дальнейшем наблюдается инфильтрация тканей в зоне поражения с последующим размягчением и образованием «холодного» абсцесса, который может самопроизвольно вскрыться через свищевые ходы.

Проявление на кожных покровах



- Длительно существующий туберкулезный процесс в кости иногда сопровождается множественными свищами, оставляющими обезображивающие рубцы. В последние годы наблюдаются более доброкачественные формы туберкулезного процесса в челюстях. Заболевание протекает по типу остита с выраженной периостальной реакцией. Такой вариант характерен для поражения верхней челюсти и скуловой кости.

- При рентгенологическом исследовании обнаруживают ту или иную степень деструкции в виде очагов или зон остеопороза. При активном процессе деструкция начинает распространяться из довольно локального первичного участка поражения. На нижней челюсти выявляют периостальную реакцию. Секвестры образуются редко.

Туберкулезный лимфаденит

- Существует две возможности возникновения туберкулеза лимфатических узлов челюстно-лицевой области. В первом случае «входными воротами» для туберкулезной инфекции служат воспалительные очаги и повреждения слизистой оболочки рта, полости носа, аденоиды и миндалины, пораженные зубы.

Пальпация



- Если микобактерии туберкулеза не погибают (фагоцитоз и лизис лимфоцитами), то фиксируются и дают начало местному очагу заболевания. Во втором случае может встречаться вторичное проявление при наличии специфических изменений в других органах (легких, суставах, костях и т.д.). Поражаются в первую очередь поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы.

Клиника

- Острое начало туберкулезного лимфаденита в челюстно-лицевой области не характерно, хотя и встречается. Отмечается резкая гиперплазия пораженного узла. Лимфоузел может увеличиваться до размеров «куриного яйца».

- Нередко возникает абсцедирование пораженных узлов с последующим образованием свища. После стихания острых явлений узел долгое время остается увеличенным, подвижным, эластичным, слегка спаянным с окружающими тканями. Хроническое течение заболевания встречается чаще острого. Процесс начинается с увеличения лимфоузла или групп узлов той или иной области.



- Пораженные узлы плотно-эластичной консистенции с четкими контурами и несколько бугристой поверхностью, безболезненные или слабо болезненные при пальпации, в большинстве случаев подвижные, иногда спаянные с тканями и кожей. Цвет кожи над узлами не изменен, она свободно или с некоторым затруднением собирается в складку. Такое состояние узла или узлов сохраняется долго.

- ◎ Тенденция к творожистому распаду и нагноению приводит к образованию свищей с обильным гнойным отделяемым и воспалительными изменениями в окружающей коже. Свищи долго не заживают, периодически закрываясь и открываясь.

- Туберкулезное поражение лимфатических узлов может быть односторонним и двусторонним, с поражением одной или нескольких групп. При вторичных лимфаденитах перифокальная инфильтрация незначительна, преобладают признаки гиперплазии пораженных узлов.

Диагноз

- основывается на сопоставлении данных анамнеза, клинического течения и лабораторных исследований: накожной и внутрикожной проб (реакций Пирке и Манту), цитологического исследования пунктата и отделяемого из свищей.

- ⦿ Нахождение в пунктате казеоза, клеточных элементов туберкулезного воспаления, микобактерии туберкулеза подтверждают характер патологического процесса. Для исключения первичного очага туберкулеза легких всем детям должны проводиться рентгенография и рентгеноскопия грудной клетки.

Рентгенологический СНИМОК



Дифференциальный диагноз

- Туберкулезного лимфаденита проводят с неспецифическими хроническими лимфаденитами, хроническими сialoadенитами, актиномикозом лимфоузлов, системными заболеваниями крови, опухолями и опухолеподобными процессами.

Лечение

- При туберкулезном лимфадените проводят общеукрепляющую, стимулирующую, десенсибилизирующую и специфическую противотуберкулезную терапию. В случаях абсцедирования показано хирургическое вмешательство - вскрытие абсцесса с дренированием полости. Лечение длительное и должно проводиться в специализированном лечебном учреждении или амбулаторно под наблюдением фтизиатра и стоматолога.

Диагноз туберкулезного поражения ставят на

основании

- анамнеза, клинической картины, динамики процесса и ряда лабораторных исследований. Туберкулез различных органов у ребенка дает основание думать о вторичных проявлениях процесса в челюстно-лицевой области. Контакт с больными, употребление молока от зараженного скота, повреждение покровных тканей могут быть предпосылками для первичного поражения тканей челюстно-лицевой области.

- Существенную помощь в диагностике оказывают микроскопическое исследование мазков гноя, содержимого язв, цитологическое исследование пунктатов, биопсия материала. Туберкулезные пробы бывают положительными при состоянии хорошо выраженной аллергии, то есть в случаях вторичных поражений. При первичных поражениях, особенно в начале процесса, они имеют меньшее значение.

Микроскопическое исследование мазков



Дифференциальную диагностику следует

проводить

- с сифилитическими язвами и раковыми поражениями. С этой целью проводят лабораторные и гистологические исследования. Туберкулезные поражения также дифференцируют с банальными воспалительными процессами и актиномикозом.

Лечение больных туберкулезом

- состоит в соблюдении оптимального оздоровительного режима, общеукрепляющей и медикаментозной терапии в возрастных дозировках.

- Противотуберкулезные препараты, используемые для лечения: изониазид (препарат выбора при всех формах), рифампицин, этамбутол, стрептомицин, пиразинамид, натрия парааминосалицилат (ПАСК), этионамид. Лечение проводят в режиме монотерапии, 2-3 препаратами, а у больных с поражением челюстно-лицевой области должно осуществляться совместно с фтизиатром.

Противотуберкулезные препараты



Противотуберкулезный препарат



Рецепты

- Rp.: Sol. Camphorae oleosae 5% 1,0
- D.t.d. N. 10 in amp
- S. для местного обезболивания
-
- Rp.: Trypsini crystallisati 0,01
- D.t.d. N. 10
- S. Содержимое флакона растворить в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида. Для аппликации некротизированных тканей.
- Rp.: Solutio Chlorhexidini bigluconatis 0,05% - 100 ml
- D.S. для антисептической обработки полости рта
-
- Rp.: Solcoseryli 5 г
- D.S. для ускорения эпителизации эрозий
-
- Rp.: Sol. Kalii permanganatis 5% 10 ml.
- D.S. для обработки краев раны

Список литературы

- ◎ Персии Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. «Стоматология детского возраста»
- ◎ vse-zabolevaniya.ru
- ◎ krasgmu.ru
- ◎ twirpx.ru
- ◎ macbeth.su