

УДК 617.52 – 002.5 – 036.1

Сідаш Ю.В., Бублій Т.Д.

## **ПЕРВИННА ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Захворюваність населення України на всі форми активного туберкульозу невпинно зростає. У зв'язку з скороченням профілактичних флюорографічних обстежень, більш 50% хворих туберкульозом виявляється в закладах загальної лікувальної мережі за зверненням. У статті описаний клінічний випадок туберкульозного вовчака, діагностований первинно на стоматологічному прийомі. Враховуючи складність в діагностиці, різноманітність клінічних проявів, лікарю необхідно розглядати кожного пацієнта як потенційного носія інфекції та приймати всі заходи безпеки по попередженню її розповсюдження. Особливу увагу звертати на осіб з легеневою формою захворювання, так як порожнина рота стає воротами інфекції.*

Ключові слова: туберкульозний вовчак, діагностика, порожнина рота.

### **Вступ**

Відомо, що туберкульоз – хронічне специфічне інфекційне захворювання, збудником якого є мікобактерії туберкульозу. За даними ВООЗ за 1996р., третина населення у світі інфікована. Смертність від цієї недуги досягає 6 відсотків летальних випадків від усіх захворювань у світі [1]. У 2007 році нараховували 13,7 мільйонів зареєстрованих випадків хронічного активного туберкульозу, 9,3 мільйони нових випадків захворювання і 1,8 мільйони випадків смертності, головним чином у країнах, що розвиваються [2]. В Україні епідемія туберкульозу була зареєстрована у 1995 році і її масштаби постійно зростають. Захворюваність населення України на всі форми активного туберкульозу за перше півріччя 2010 року склала 72,7 випадків на 100 тис. населення. Щорічна кількість хворих на туберкульоз невпинно зростає. Кількість виявлених хворих на туберкульоз у 2005 році становила 39608 випадків, у 2009 році – 32424 випадків і така ж сама кількість хворих не знають про свою недугу [3].

Складне соціально-економічне становище, що склалося у державі за останні десятиліття, сприяло збільшенню числа хворих на туберкульоз. Це явище пов'язано із зниженням резистентності організму людини не тільки з впливом навколишнього середовища, генетичною обумовленістю, а й вживання алкоголю, наркотиків, тютюнопаління, імуносупресивних препаратів, зловживання психоактивними речовинами особливо при ВІЛ-інфекції [4]. Деякі патологічні стани збільшують ризик зараження туберкульозом, до них відносять: СНІД; хронічний алкоголізм, наркоманія; хронічні неспецифічні захворювання трахеї, бронхів, легень та гострі захворювання із затяжною течією; травми грудної клітини, полосні операції; виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки; цукровий діабет, аутоімунні захворювання з гормонотерапією та інші.

Погіршення епідеміологічного стану по туберкульозу виявлено у збільшенні захворюваності та обважнює течію. Одним із факторів, що впливають на дану ситуацію в нашій країні, є зміна характеру виявлення. У зв'язку з скороченням профілактичних флюорографічних обстежень населення, більш 50% хворих туберкульозом виявляється в закладах загальної лікувальної мережі за зверненням, це призводить до запізнілої діагностики [5,6,7].

Загострилась проблема надання стоматологічної допомоги у зв'язку із складністю виявлення та діагностики даного захворювання. Лікар-стоматолог повинен глибоко вникнути в суть основного – фонового захворювання і загального статусу хворого. Необхідність у превентивних заходах, щоб уникнути передачі інфекції від пацієнта до персоналу, попередити розповсюдження інфекції в самому лікувально-профілактичному закладі є актуальною. На стоматологічному прийомі все частіше зустрічаються пацієнти з послабленим імунітетом (особи, що отримали променеви і хіміотерапію, що знаходяться на обліку в наркологічному, онкологічному, протитуберкульозному диспансерах), які складають групи підвищеного ризику як при передачі інфекції так і чутливості до неї. Тому лікарю необхідно розглядати кожного пацієнта як потенційного носія інфекції та приймати всі заходи безпеки по попередженню її розповсюдження. Особливу увагу звертати на осіб з легеневою формою захворювання, так як порожнина рота стає воротами інфекції [8].

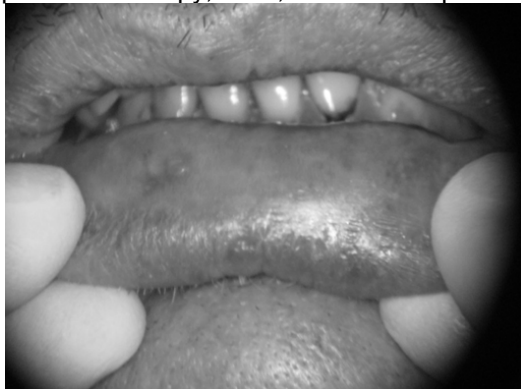
### **Мета дослідження**

Встановити клінічний діагноз пацієнту та звернути увагу лікарів стоматологічного та загального профілю на актуальність цієї проблеми.

Наводимо невелику виписку історії нашого клінічного випадку: 26.02.2014 р. на кафедру терапевтичної стоматології звернувся хворий В., 47 років зі скаргами на сухість, печію слизової оболонки порожнини рота, що посилюється під час прийому їжі. Працює підсобним робітником, одружений, має доньку. Режим харчування нерегулярний. Десять років назад мав проблеми з алкоголем. На даний момент закодований, матеріально забезпечений. Було переливання крові 17 років назад, хворів на гепатит В.

Хворий звичайної статури, лімфовузли незначно збільшені, щільно-еластичної консистенції, не

спаяні з оточуючими тканинами, температура тіла не підвищена. Шкіра обличчя звичайного кольору, помірно волога. Червона облямівка губ суха, вкрита дрібними лусочками. Порожнина рота не санована. На слизовій оболонці нижньої губи спостерігаються поодинокі бугорки жовто-червоного кольору, м'які, безболісні при пальпації (рис.1).



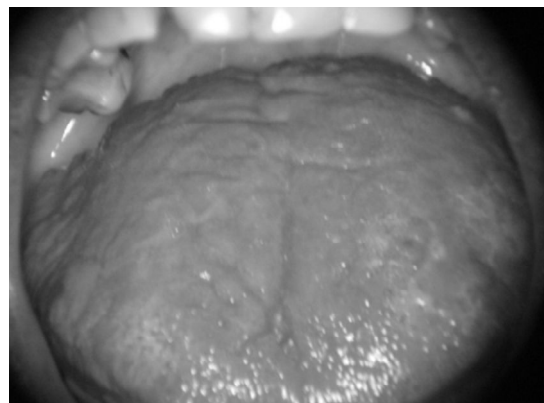
*Рис.1. На слизовій оболонці нижньої губи поодинокі бугорки (люпомі) жовто-червоного кольору, м'які, безболісні (позитивний симптом яблучного желе), сухість СО.*



*Рис.2. Гіперемія, гіперкератоз слизової оболонки кута рота.*



*Рис.3. На слизовій оболонці піднебіння ділянки гіперемії та блідо-рожеві бугорки.*



*Рис.4. На слизовій оболонці язика ділянки десквамації, ліхеноїдні висипи, що нагадують картину «географічного язика», з обох боків ерозивні поверхні м'яких бугорків, що злилися.*

На тлі набряку і гіперемії слизовій оболонці щік простежуються окремі горбики, які являють собою сосочкові розростання, вкриті помутнілим епітелієм (рис.2). На щільній слизовій оболонці піднебіння, на гіперемованому фоні елементи ураження діаметром 1-3 мм жовто-червоного кольору, що підносяться над поверхнею (рис.3). Позитивний симптом Поспелова та симптом яблучного желе.

Язик збільшений в розмірі, набряклий, ниткоподібні сосочки язика гіпертрофовані та нагадують лехіноїдні реакції. На спинці язика помітні дифузно розсіяні горбики (рис.4).

При мікроскопічному дослідженні виявлена кокова мікрофлора, поодинокі клітини грибів *Candida*, актиноміцети, лейкоцити, переважно нейтрофіли до 25 клітин у полі зору. Фагоцитоз слабо виражений. В аналізі крові спостерігається зниження гемоглобіну (130 г/л), лейкоцитоз (11 x10.9) та збільшення ШОЕ (25 мм/год).

На основі проведених клінічних та лабораторних методів обстеження ми поставили хворому попередній клінічний діагноз: туберкульозний вовчак, бугоркова форма за І.Г. Лукомським. Тому запропонували хворому звернутися до лікаря-фтизіатра у туберкульозний диспансер для більш детального обстеження і встановлення остаточного діагнозу.

Таким чином, за клінічними проявами в ділянці тканин порожнини рота і шкіри обличчя можна поставити попередній діагноз на прийомі у лікаря-стоматолога. При підозрі на туберкульоз хворого слід без зволікання направити на консультацію і обстеження в спеціалізоване протитуберкульозну установу, де буде поставлений остаточний діагноз. Туберкульозне ураження порожнини рота і всієї зубощелепної системи повинно розглядатися як прояв туберкульозної інфекції, тому лікування необхідно проводити комплексно з врахуванням загального стану хворого і продовжуватися гігієнічними, терапевтичними та іншими міроприємствами.

### **Висновки**

Поряд з діагностичною значимістю виявленого симптомокомплексу туберкульозу в порожнині рота роль стоматолога спільно з лікарем-фтизіатром, інфекціоністом вельми важлива і повинна відбуватися на фоні загального лікування з тактикою місцевого лікування порожнини рота особливо

усунення одонтогенних вогнищ інфекції, усунення травмуючих факторів, застосування протизапальної терапії, кератопластичних засобів для регенерації ерозивних уражень, відновлення дефектів зубних рядів і навчити хворих систематичній гігієні порожнини рота.

Основними принципами роботи у всіх стоматологічних установах повинні бути чистота, стерильність і дезінфекція. Тому не слід забувати про асептику та індивідуальний професійний захист.

## Література

1. Дзись Є.І. Туберкульоз / Дзись Є.І. – К. : Здоровье, 1994. – 45 с.
2. Зейналова Н.В. Принципы и тактика оказания стоматологической помощи больным туберкулезом легких / Н.В. Зейналова // Світ медицини та біології. – 2012. – № 4. – С. 18-21.
3. Ярова С.П. Особливості перебігу запальних захворювань щелепно-лицьової ділянки на тлі туберкульозу / С.П. Ярова, Я.О. Коваленко, А.С. Максютенко // Вісник стоматології. – 2013. – № 2. – С. 104-107.
4. Галинская Л.А. Туберкулез / Галинская Л.А. – Ростов-на-Дону, 2000. – 113 с.
5. Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология / Максимовский Ю.М. – Москва : Медицина, 2002. – С. 473-481.
6. Мишин В.Ю. Туберкулез полости рта и костей лицевого черепа / В.Ю. Мишин, А.В. Митронин // Методические рекомендации. – Москва, 2003. – 63 с.
7. Перельман М.И. Консультация врача. Фтизиатрия / Перельман М.И. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 57-65.
8. Банченко Г.В. Особенности лечения заболеваний полости рта у больных туберкулезом / Г.В. Банченко, Г.М. Флейшнер, К.А. Суворов // Клиническая стоматология. – 2012. – № 1. – С. 22-27.

## Реферат

### ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Сидаш Ю.В., Бублий Т.Д.

Ключевые слова: туберкулезная волчанка, диагностика, полость рта.

Заболеваемость населения всеми формами активного туберкулеза постоянно растет. В связи с сокращением профилактического флюорографического исследования более 50% больных туберкулезом выявляются по обращаемости в учреждениях общей медицинской практики. В статье описан клинический случай туберкулезной волчанки, первично диагностируемый на стоматологическом приеме. Учитывая трудности в диагностике, целый ряд клинических проявлений, врачу необходимо рассматривать каждого пациента как потенциального носителя инфекции и принимать все меры профилактики для предотвращения его распространения. Особое внимание уделять лицам с легочной формой заболевания, так как полость является воротами инфекции.

## Summary

### PRIMARY DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS AT A DENTAL CHECKUP

Sidash Yu.V., Bublik T.D.

Keywords: lupus, diagnosis, oral cavity.

The incidence rate of all forms of active tuberculosis is constantly growing among the population of Ukraine. Because of the reduction of preventive fluorographic study more than 50% of TB patients are found out by the health care professionals of general medical practice. This article describes a clinical case of tuberculosis lupus which was diagnosed first at the dental checkups. Taking into account the difficulties in making the diagnosis as well as a number of clinical symptoms, a physician has to consider every patient as a potential carrier of the infection and to take all preventive measures to prevent its spread. Particular attention is paid to persons with pulmonary disease, since the cavity is a site of entry.