

ФГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. А.А. Вагнера» Минздрава России

ТУБЕРКУЛЕЗ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Работу выполнили студенты
стоматологического факультета группы
Ст 17-4
Прокошев Максим
Зотова Анастасия
Назарова Дарья

Пермь, 2020

Введение

Туберкулезные поражения челюстей и тканей полости рта представляют собой местные проявления общей туберкулезной инфекции.

- В большинстве случаев появление туберкулезных очагов в толще челюсти, а также на слизистой оболочке рта связано с распространением туберкулезных палочек гематогенным путем.
- В некоторых случаях имеет место перенос туберкулезных палочек из пораженных участков тканей с током лимфы — лимфогенный путь.

Однако туберкулезные поражения тканей полости рта с последующим разрушением участка альвеолярного отростка или челюсти возникают и при распространении туберкулезных палочек с мокротой по дыхательной и пищеварительной системе

Патогенез клинической формы

- Чаще всего развивается одиночный костный очаг. При туберкулезе верхней челюсти характерным является локализация поражения на передней поверхности в области нижнего края глазницы, реже на боковой поверхности в области скулового отростка. На нижней челюсти поражаются боковые отделы тела или ветвь. Значительно реже возникает процесс в области альвеолярного отростка верхней или нижней челюсти.



Клиника

- Туберкулезные очаги в челюстных костях, возникающие в результате лимфо-гематогенного распространения преимущественно у детей и подростков, в организме которых имеются изменения, определяемые как первичный туберкулезный комплекс, характеризуются в большинстве случаев доброкачественным течением и дают своеобразную клиническую картину.

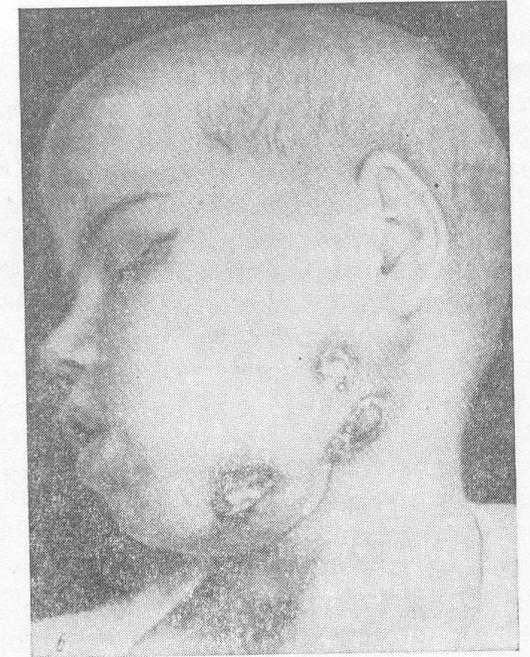


Рис. 163. Туберкулезное поражение нижнего края глазницы, области угла и ветви нижней челюсти слева; очаг скрофулодермы на передней поверхности шеи (а, б) (по материалам кафедры пропедевтики хирургической стоматологии Московского медицинского стоматологического института).

Патогенез клинической формы

- Туберкулёз верхней челюсти характеризуется образованием одиночного очага резорбции кости. На рентгенограмме определяются резорбция кости и одиночные внутрикостные очаги с четкими границами, содержат мелкие секвестры.



Патогенез клинической формы

- В процесс вовлекаются регионарные лимфатические узлы. При этом они плотные, бугристые. Одиночные лимфатические узлы при длительном процессе сливаются в единый конгломерат. У отдельных больных наблюдается распад лимфатического узла с выходом наружу характерного творожистого секрета.



Клинические проявления

- Развивается под наружной третью нижнего века безболезненная опухоль, которая постепенно переходит в холодный абсцесс. Абсцесс вскрывается и образуется характерный туберкулезный свищ, ведущий к кариозному нижнему краю глазницы.



Клинические проявления

- Кожа в окружности свища срастается с костью и глубоко втягивается, нижнее веко следует тяге этого рубца и таким путем возникает весьма типичное обезображивание, которое с первого взгляда дает возможность поставить диагноз.



Клинические проявления

- Распространяющийся разрушительный процесс все более и более оттягивает нижнее веко и, в конце концов, вызывает сильный его выворот



Клинические проявления

- На верхней челюсти туберкулез чаще встречается в альвеолярном отростке, который исключительно у туберкулезных больных заболевает при туберкулезном поражении слизистой оболочки рта или при существовании кариозных зубов, вследствие внедрения содержащихся в мокроте туберкулезных бацилл.



Рис. 92. Туберкулез челюсти. Множественные нечетко очерченные очаги деструкции костной ткани в области твердого неба и альвеолярного отростка, расположенные в зоне остеопороза (наблюдение Г. А. Васильева). Внутриротовая рентгенограмма верхней челюсти.

Клинические проявления

- Вокруг зубов, располагающихся в зоне туберкулезного поражения, развиваются симптомы туберкулезного периодонтита и оссифицирующий периостит. В результате присоединения банального остеомиелита, отделяются секвестры и возникают новые свищи. На верхней челюсти может возникнуть соустье между полостью рта и гайморовой пазухой или полостью носа



Методы диагностики

- Рентгенографические данные.

При поражении альвеолярного отростка на рентгенограмме виден очаг деструкции костной ткани в области нескольких зубов; часто очаг деструкции имеет округлые очертания с неровными краями и наличием полукруглых углублений по периферии; могут быть видны и мелкие секвестры. Если процесс активный, прогрессирующий, вокруг явно выраженного ограниченного очага деструкции видна полоса остеопороза



Методы диагностики

- Микроскопические исследования мазков гноя, содержимого язв и костных полостей на предмет обнаружения туберкулезных палочек;
- Микроскопическое исследование биопсированного кусочка прилегающих мягких или костных тканей; прививка морским свинкам полученного материала.



Методы лечения

- В специализированном фтизиатрическом лечебном учреждении;
- Проводится санация полости рта, туалет язв.

Методы лечения

- Оперативные вмешательства проводят при положительном эффекте противотуберкулезного лечения и отграничении местного процесса в полости рта, в костной ткани.
- Проводят вскрытие внутрикостных очагов, выскабливание грануляции, удаление секвестров, иссечение свищей и ушивание язвы.

Методы лечения

- Зубы с признаками туберкулезного периодонтита удаляют.
- После выздоровления при полной эффективности лечения больной должен оставаться под наблюдением на протяжении 2 лет.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!