

## ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ У ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ БОЛЬНЫХ

Скикевич М.Г.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Несмотря на значительные достижения современной науки, проблема туберкулеза у хирургических больных к настоящему времени остается достаточно значимой.

Сложная социально-экономическая ситуация в стране неблагоприятным образом отражается на эпидемиологической обстановке по туберкулезу, изменяя классические характеристики и особенности течения заболевания.

Население часто не придаёт значения изменениям общего состояния, а именно, повышению температуры, потливости, уменьшению массы тела, наличию одышки. Специфическое воспаление развивается малосимптомно и часто больные с деструктивными формами туберкулёза лёгких не знают о существовании патологического процесса. При первичном и вторичном туберкулёзе лёгких нередко развивается туберкулёз слизистой оболочки полости рта. В полость рта с мокротой попадают микобактерии. Возникают туберкулезные изменения характерными язвами и инфильтратами, бугорковыми высыпаниями, что являются основными морфологическими формами туберкулёза. Характерен цвет слизистой оболочки. Так, при остром процессе цвет их ярко-красный, целостность эпителия над инфильтратом не нарушена.

Наличие вялотекущих лимфаденитов и язв в полости рта по причине запоздалого обращения к врачу не позволяет своевременно поставить правильный диагноз. Только высокая квалификация врача даёт возможность разобраться в конкретной клинической ситуации.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение частоты выявления госпитализаций в челюстно-лицевое отделение больных,

особенности клинической картины местных проявлений туберкулёза в области головы и шеи.

### **Материал и методы.**

Объектом исследования были 134 пациента челюстно-лицевого отделения ПОКБ в возрасте от 16 до 80 лет, которые поступали в ургентном порядке для проведения неотложных оперативных вмешательств за последние 5 лет. Диагноз туберкулеза был впервые поставлен в челюстно-лицевом отделении у 25 больных.

Туберкулезный процесс диагностировался в результате дополнительного клинического, рентгенологического, микроскопического исследования мокроты и других биологических жидкостей.

У обследованных пациентов были выявлены различные формы заболевания.

Чаще всего встречалось поражение туберкулезом легочной ткани –до 81%, лимфатических узлов - 15%, почек и других локализаций-4%.

Туберкулёз слизистых оболочек полости рта редко диагностируемый обнаружен в отделении у 1пациента. Туберкулёзная язвы имела форму «трещины», легко кровоточила, заживала язва с образованием рубца. При периодической активизации процесса в этом же месте образовывались бугорки. Туберкулёзная язва является основным элементом поражения при милиарно-язвенном туберкулёзе.

**Клинический случай.** В челюстно – лицевом отделении ПОКБ находилась на лечении пациентка с жалобами на боль в щёчной области. Боль имела периодический колющий характер, признаки острого воспаления отсутствовали. Имели место множественные рубцовые изменения в области лимфатических узлов головы и шеи. Данные рентгенологического исследования костей лицевого скелета в нескольких проекциях показали наличие множественных петрификатов в челюстно–лицевой области. Пациентка дообследована у фтизиатра и назначен соответствующий курс лечения основного заболевания.

Такой процесс превалирует при продуктивном воспалении, которое сопровождается обызвествлением творожистых очагов. Лимфатические узлы с такой клиникой обычно многочисленны, подвижны, достигают больших размеров. При пальпации они плотные, безболезненные и не спаяны между собой, а также с окружающими тканями. В лечении лимфаденита туберкулёзной этиологии следует отдавать предпочтение консервативным методам.

Следует отметить, что наличие острой одонтогенной патологии способствует дальнейшему прогрессированию туберкулёзного процесса и взаимному отягощению заболеваний.

### **Выводы**

1. Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой распространенности туберкулёзных поражений у больных челюстно-лицевого профиля.
2. При сборе анамнеза у пациентов, которые обращаются к хирургам – стоматологам необходимо обращать пристальное внимание на наличие заболеваний органов дыхания.

Основанием для направления больного на флюорографию или рентгенографию легких- это кашель более 2 недель, мокрота, увеличение температуры тела по вечерам, потливость.

3. Проведение плановой флюорографии обязательно для всех больных находящихся на стационарном лечении.