**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

ім. Данила Галицького

 Кафедра терапевтичної стоматології

 Зав.каф.: доц. Зубачик В.М.

 Викладачі: доц. Гриник Б., Гриновець В.

**Подивіться на “Свойства” цього документу........!!!!**

**ІСТОРІЯ ХВОРОБИ**

**Хворий: Бурецький Олег Семенович**

**Діагноз: Хронічний атрофічний кандидоз слизової оболонки порожнини рота.**

 **Виконав:**

 студент V курсу

 стоматолог. ф-ту

 5-ої групи

 **Васильців М.**

ЛЬВІВ - 2000

**І. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА**

П.І.П.................................... Бурецький Олег Семенович

Дата народження............3 серпня 1932р.

Стать ...............................чоловіча

Освіта ..............................вища

Національність .............. українець

Місце проживання..........м.Львів,вул.Ряшівська 32/14

Дата звернення................11 березня 2001р.

**ІІ. СКАРГИ ХВОРОГО**

 Хворий скаржиться на пекучий біль, постійного характеру в ділянці слизової оболонки поверхні язика, щік, а також у кутках роту. Біль посилюється при пережовуванні їжі. Неприємний запах з роту при розмові та жовтувато-білий наліт на язиці. Інколи випадає смакова чутливість.

**ІІІ. АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ**

#  Розвиток симптомів даного захворювання пов’язує з виготовленням у травні минулого року повних знімних пластинкових протезів на верхню та нижню щелепи. В наслідок багаторазової корекції пластинкових протезів та незадовільної гігієни ротової порожнини з’явились такі симптоми, як : почервоніння та незначний набряк слизової оболонки, пекучий біль незначної інтенсивності, поколювання. З деяким часом утворився білуватий наліт на язиці та неприємний запах з рота . Зі слів хворого – він вживає антибіотики пеніцилінового ряду для лікування хронічної бронхопневмонії.

**IV. АНАМНЕЗ ЖИТТЯ**

 Народився 3 серпня 1932р. у Львові в сім’ї робітників, був першою дитиною. Виховувався батьками. У сім років пішов до школи , у фізичному і психічному відношенні від однолітків не відставав, вчився посередньо але без труднощів. Закінчив 10 класів та поступив на навчання у Львівський політехнічний інститут де здобув спеціальність архітектора. По закінченню інститута працював за спеціальністю.

 Одружений, має двох дорослих дітей, які живуть окремо. Соціально-побутові умови життя задовільні, екологічний регіон проживання без виявлених екологічних забруднень. Алкоголем не зловживає, курить по одній пачці цигарок у день.

 У дитячому віці корем та ендемічним паротитом. З 1994 року хворіє виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки , а з 1999 р. -

бронхопневмонією. На наявність туберкульозу, вірусного гепатиту, СНІДу та венеричних захворювань – хворий заперечує.

 Спадковий анамнез не обтяжений , алергічні реакції на лікарські препарати та харчові продукти не виявлено.

**V. STATUS PRAESENS**

 Загальний стан хворого задовільний, свідомість ясна, займає активне стояче положення. Будова тіла - нормостенічного типу, дефектів розвитку не спостерігається. Шкіра блідо-рожевого кольору, чиста, еластична, зі збереженим тургором та без видимих патологічних змін.

Обличчя симетричне , пропорційне; носогубні складки згладжені; спостерігається носове дихання. Пальпуються регіональні підщелепові лімфатичні вузли з обох боків , еластичної консистенції; не болючі при пальпації. Обсяг рухів у СНЩСах суглобах в повному об’ємі, суглоби не деформовані, не болючі. Тонус і сила жувальних та мімічних м’язів збережені. Голова округлої форми , пропорційних розмірів по відношенню до інших частин тіла.

**VІ. STATUS LOCALIS**

1. Огляд та пальпація щелепо-лицевої ділянки:

##  Лице симетричне, пропорційне. Шкіра блідо-рожевого кольору, чиста, еластична, зі збереженим тургором ; у кутках рота спостерігається глибокі тріщини-заїди вкриті білуватим нальотом із щільними краями не болючі. Шкіра в цих місцях є гіперемійована з проявами мацерації. Носогубна скадка згладжена, а підборідкова – надто виражена; кути рота опущені, червона облямівка губ в нормі. Точки виходу трійчастого нерву при пальпації не болючі. Пальпація привушних залоз та регіональних лімфатичних вузлів(підщелепових, підборідкових, позадущелепових та надщелепових) – неболюча. Рухи у СНЩСах суглобах збережені в повному об’ємі, суглоби не деформовані та не болючі.

1. Внутрішньо-ротове обстеження:

Слизова оболонка губ в нормі, лише у кутках рота спостерігається тріщини-заїди вкриті білуватим нальотом, не болючі . При широкому відкриванні роту вони починають кровоточити. Слизова оболонка присінку, альвеолярних паростків та твердого піднебіння гіпереймована, стоншена, суха та дещо набрякла, має матовий відтінок. На поверхні слизової оболонки щік і язика є наявний білуватий наліт, при забиранні якого шпателем, утворюється ерозивна ; наявний симптом “кровавої роси”. Язик гладкий, червоного кольору, вкритий білуватим нальотом. Сосочки на поверхні язика зменшені та атрофовані. Слина виділяється у малій кількості, є вя’зкою та має тягучий характар.

*Зубна формула(ВООЗ):*

|  |  |
| --- | --- |
|  0 0 0 0 0 0 0 0 |  0 0 0 0 0 0 0 0 |
| 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 |
| 48 47 46 45 44 43 42 41  | 31 32 33 34 35 36 37 38 |
|  0 0 0 0 0 0 0 0 | 0 0 0 0 0 0 0 0  |

**VIІ. ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ**

Кандидоз слизової оболонки порожнини рота .

**VIII. ДАНІ ДОДАТКОВИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ**

1. Загальний аналіз крові: збільшена кількість лейкоцитів до 10\*109г/л та лімфоцитів до 13%/г.

2. Цитологічне дослідження мазків нальоту: злущені клітини епітелію, лейкоцити в невеликій кількості, асоціації грамм-позитивної та грамм-негативної мікрофлори, велика кількість ниток псевдоміцелію та незначна кількість клітин грибі(друза).

3.Шкірно-алергічна проба з актинолізатом: негативна.

### ІХ. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

а) Лейкоплакія: наявність бляшки – перламутрово-білий чи крейдоподібний елемент, що часто підноситься над рівнем слизової оболонки і має чіткі, зазублені межі з цупковатою при пальпації поверхнею. При порушені цілостності епітелію на місті бляшки – утворюються кірочки; сама бляшка може бути шорсткуватою. Інформативним є люмінесцентне дослідження, при якому виявляють різні форми лейкоплакії.

б) Сифіліс: харектерне утворення твердого шанкру або первинної сифіломи в першому періоді. Це обмежене почервоніння, в центрі якого є ущільнення за рахунок інфільтрату. В центральній частині інфільтрату розвивається некроз і утворюється ерозія яскраво-червоного кольору. Вона безболісна, з хрящеподібним при пальпації інфільтратом. Дно її сірувато-біле, з “сальним” нальотом. Виявлення білої трепонеми у первинній сифіломі + результат р-ції іммобілізації білих трепонем(РБІТ). **Вторинні сифіліди**: висип не порушує цілісності СОПР та не супроводжується суб’єктивними відчуттями; при появі висипу – позитивні серологічні реакції(RW, осадові, РБІТ); додаткове супроводження розеольними, папульозними і пустульозними висипами на шкірі.

в) Червоний плескатий лишай: на СОПР наявність міліарних папул у вигляді ліній, смуг, сітки які можуть з’єднуватись кератинізованими містками. Їх зроговіння надає їм білясто-молочного кольору і зберігається синюватий полиск. Характерні локалізації папул: ретромолярний простір та дорсо-латеральна поверхня язика. При стоматоскопії – чергування окремих підвищених зроговілих папул зрозростанням у вигляді сосочків. При цитологічному досліджені – велика кількість зроговілих та молодих епітеліальних клітин з явищами дискаріозу. Місцями різко виражений гіперкератоз і акантоз.

г) Десквамативний глосит: ділянки десквамації епітелію мають вигляд гнізд червонуватого кольору, різних форм(кільця,напівкільця) і величини.Грибоподібні сосочки стовщені і збільшені. Навколо осередку ураження виявляється незначний кератоз , що постійно зумовлює утворення вузької білястої смужки. При гістодослідженні – стоншення епітелію в осередках десквамації, паракератоз і помірний гіперкератоз в зонах навколо ділянок стоншення.

**Х. ОСТАТОЧНИЙ ДІАГНОЗ**

Хронічний атрофічний кандидоз слизової оболонки порожнини рота.

**ХI. ПЛАН ЛІКУВАННЯ**

* припинення приймання антибіотиків, а за неможливості цього – змінити спосіб їх введення з обов’язковим призначенням протимікозних препаратів (ністатин, амфоглюкамін, леворин і ін.);
* одночасне лікування супутніх захворювань (виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, дизбактеріоз);
* виготовити нові пластинкові протези з безколірної пластмаси;
* дотримання дієти хворим з виключенням або обмеженням вугливодів;
* призначення загальнозміцнювальних засобів: вітамінів(особливо групи В), нікотинової кислоти, адаптогенів, біостимуляторів;
* корекція складу кишкової мікрофлори – введення еубіотиків (колібактерин, лактобактерин, біфідобактерин, біфікол та ін.);
* гіпосенсибілізуюча терапія;
* застосування імуномодуляторів;

### ХІ. ЩОДЕННИК

*11 березня 2001р.*

* 4-5 разове полоскання рот.порожнини 0,02% р-м фурациліну 200мл.;
* аплікаційне знеболення 10% р-ном лідокаїну в місцях накопичення нальоту та інструментальне зняття нальоту;
* аплікація ерозивних поверхней мазю *Амфотерицина В* , а також змащування куточків роту (курс 10-14 сеансів);
* *Ністатину* по 1 табл. за щоку 3-4 рази на день (курс 7-10 діб);
* високоякісний гігієнічний догляд за ротовою порожниною;

*15 березня 2001р.*

* скарги відсутні;
* 2-3 разове полоскання рот.порожнини 0,02% р-м фурациліну 100мл.;
* аплікація ерозивних поверхней мазю *Амфотерицина В* (50 000 ОД), а також змащування куточків роту;
* *Тіаміду бромід (віт. В1)* – по 2 табл.(0.02г) на день після їжі;
* *Рибофлавін (віт. В2)*- змащування кутків роту иа уражених ділянок слизової оболонки порожнини рота 5% мазю рибофлавіну;

*21 березня 2001р.*

* 2-3 разове полоскання рот.порожнини 0,02% р-м фурациліну 100мл.;
* *Рибофлавін (віт. В2)*- змащування кутків роту иа уражених ділянок слизової оболонки порожнини рота 5% мазю рибофлавіну;
* *Піридоксин (віт. В6)* – по 3 табл.(0.01г) на день після їжі;
* *Тавегіл* – per os перед їдою по 1 табл. 2рази на добу (курс 10 діб);

*28 березня 2001р.*

* 2 разове полоскання рот.порожнини 0,02% р-м фурациліну 100мл.;
* *Амфоглюкамін –* по 200 000 ОД 2рази на добу після їжі (курс-3тиж.)
* *Нікотинова кислота (віт. В3)* – по 2табл. 3рази на добу;

*Рекомендації*: дотримання гігієнічнічного догляду за ротовою порожниною та правил користування пластинковими протезами, зменшити вживання вугливодневої їжі і більше вживати вітаміновмісної їжі.

**ХІІ. ЕПІКРІЗ**

 Хворий Бурецький Олег Семенович 11 березня 2001р. звернувся в Обласну стоматологічну поліклініку зі скаргами на пекучий біль, постійного характеру в ділянці слизової оболонки поверхні язика, щік, а також у кутках роту та неприємний запах з ротової порожнини. Зі слів хворого - в наслідок багаторазової корекції пластинкових протезів та незадовільної гігієни ротової порожнини з’явились такі симптоми, як : почервоніння та незначний набряк слизової оболонки, пекучий біль незначної інтенсивності, поколювання. З деяким часом утворився білуватий наліт на язиці та неприємний запах з рота; вживання антибіотиків пеніцилінового ряду. Об'єктивно: слизова оболонка присінку, альвеолярних паростків та твердого піднебіння гіпереймована, стоншена, суха та дещо набрякла, має матовий відтінок. На поверхні слизової оболонки щік і язика є наявний білуватий наліт, при забиранні якого шпателем, утворюється ерозивна ; наявний симптом “кровавої роси”. Язик гладкий, червоного кольору, вкритий білуватим нальотом. Сосочки на поверхні язика зменшені та атрофовані. При використанні даних додаткових методів дослідження (загальний аналіз крові, итологічне дослідження мазків нальоту) та проведеної диференційної діагностики із такими захворюваннями як лейкоплакія, сифіліс, десквамативний глосит, червоний плескатий лишай було встановлено остаточний клінічний діагноз - хронічний атрофічний кандидоз слизової оболонки порожнини рота. Назначено відповідний план лікування - призначення загальнозміцнювальних засобів: вітамінів(особливо групи В), нікотинової кислоти, адаптогенів, біостимуляторів;корекція складу кишкової мікрофлори – введення еубіотиків (колібактерин, лактобактерин, біфідобактерин, біфікол та ін.); гіпосенсибілізуюча терапія;застосування імуномодуляторів. Наданано рекомендації щодо вживання їжі та гігієнічного догляду за ротовою порожниною.