История болезни

Декубитальная язва слизистой оболочки щеки справа

**1. Паспортная часть**

Ф.И.О. больного

Пол - женский

Год рождения - 1975, 36 лет

Национальность - русская

Место работы

Занимаемая должность - продавец - консультант

Адрес - г. Саратов

Дата обращения на кафедру - 11.10.11

Диагноз - декубитальная язва на слизистой оболочки щеки справа.

**2. Жалобы больного**

наличие болезненного образования на слизистой оболочке щеки справа

болезненность при разговоре, при приеме пищи,

затруднение гигиены полости рта.

**3. Анамнез настоящего заболевания**

Семь дней назад больная отметила случайное прикусывание слизистой оболочки щеки справа, через несколько дней появились болезненные ощущения в данной области. Боль усиливалась после каждого приема пищи. К врачу по поводу данного заболевания не обращалась.

**. Анамнез жизни**

Место рождения г. Саратов, родилась первым ребенком в семье, вскармливание грудное, материально-бытовые условия в детстве удовлетворительные. Бытовые условия в настоящий момент хорошие. Питание регулярное, в достаточном объеме. Вредные привычки отрицает.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: считает себя здоровой. Аллергологический и наследственный анамнез со слов пациентки не отягощены.

**Осмотр больного.**

Общее состояние удовлетворительное. Конституция нормостенического типа. Выражение лица спокойное. Речь внятная. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Красная кайма губ цвет розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений. Тургор кожи нормальный. Кожа умеренной влажности. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны. Лицо симметрично. Открывание рта свободное.

Осмотр преддверия полости рта:

Слизистая оболочка преддверия: умеренно увлажнена, бледно - розового цвета.

Прикрепление уздечек губ и языка в норме. Глубина преддверия полости рта средняя - 8 мм. Прикус: ортогнатический.

Осмотр очага поражения:

На слизистой оболочки щеки справа видна язва, размером 3 \* 9 мм. Язва болезненная, овальной формы, располагается на гиперемированной слизистой, окружена воспалительным инфильтратом, покрыта фибринозным налетом. При пальпации дно и края язвы мягкие.

Осмотр собственно полости рта.

Слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба бледно - розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений.

Язык нормального размера, формы, слизистая оболочка спинки языка обложена незначительным количеством белого налета, умеренно увлажнена. Болезненности, жжения языка не выявляется. Состояние фолликулярного аппарата языка без патологических изменений. Зев бледно-розового цвета, нормально увлажнен. Миндалины не увеличены, не выходят за пределы небных дужек, гнойных пробок в лакунах не выявлено, налета нет.

**Дополнительные методы обследования.**

1. Бактериологическое исследование мазка - отпечатка:

В мазке - отпечатке обнаружены в небольшом количестве Streptococcus, Staphylococcus; одиночные Сandida albicans. Наблюдается картина неспецифического воспаления.

. Кровь на Lues: РМП - отрицательно, ИФА - отрицательно

. Анализ на HIV, антитела к ВИЧ - отрицательно

**Обоснование диагноза:**

Диагноз: травматическая язва слизистой оболочки щеки справа

Данный диагноз поставлен на основании -

Жалоб - наличие болезненного образования на слизистой оболочке щеки справа; болезненность при разговоре, при приеме пищи; затруднение гигиены полости рта.

Данных анамнеза заболевания - семь дней назад больная отметила случайное прикусывание слизистой оболочки щеки справа, через несколько дней появились болезненные ощущения в данной области. Боль усиливалась после каждого приема пищи. К врачу по поводу данного заболевания не обращалась, лечение не проводилось.

Данных анамнеза жизни - Место рождения г. Саратов, родилась первым ребенком в семье, вскармливание грудное, материально-бытовые условия в детстве удовлетворительные. Бытовые условия в настоящий момент хорошие. Питание регулярное, в достаточном объеме. Вредные привычки отрицает. Перенесённые и сопутствующие заболевания: считает себя здоровой. Аллергологический и наследственный анамнез со слов пациентки не отягощены.

Данных объективного обследования - Осмотр очага поражения:

На слизистой оболочки щеки справа видна язва, размером 3 \* 9 мм. Язва болезненная, овальной формы, располагается на гиперемированной слизистой, окружена воспалительным инфильтратом, покрыта фибринозным налетом. При пальпации дно и края язвы мягкие.

Данных дополнительного обследования -

. Бактериологическое исследование мазка - отпечатка:

В мазке - отпечатке обнаружены в небольшом количестве Streptococcus, Staphylococcus; одиночные Сandida albicans. Наблюдается картина неспецифического воспаления.

. Кровь на Lues: РМП - отрицательно, ИФА - отрицательно

. Анализ на HIV, антитела к ВИЧ - отрицательно.

Дифференциальная диагностика

|  |  |
| --- | --- |
| Общие признаки | Отличительные признаки от ХРАС |
| **Плоскоклеточный рак** |
| Травматический фактор, дефект тканей в пределах слизистой оболочки | 1. Начало заболевания: появление зудящихся пузырьков. Элементы поражения при ХРГС: пятно, пузырек, пузырь, эрозия, корка и трещина (на красной кайме и коже лица). 2. Элементы поражения при ХРАС: пятно, афта, язва, Никогда не поражается красная кайма и кожа лица, афты не сливаются. |
| **Туберкулезная язва** |
| дефект тканей в пределах слизистой оболочки | как правило, мелкая, резко болезненная с подрытыми мягкими краями, зернистым дном и желтоватым налетом. В соскобах с язвы (окраска азурэозином) обнаруживаются эпителиоидные клетки и гигантские клетки Лангханса, а при окраске по Пилю-Нильсену могут быть выявлены микобактерии туберкулеза. |
| **Твердый шанкр** |
| дефект тканей в пределах слизистой оболочки | Главными отличительными особенностями являются плотный безболезненный инфильтрат в основании и по краям язвы, гладкое ровное дно и склераденит (увеличенные и уплотненные регионарные лимфатические узлы). Диагноз подтверждается нахождением бледной трепонемы в соскобе с поверхности язвы (серологические реакции в этот период сифилиса могут быть отрицательными). |
| **Трофическая язва** |
| дефект тканей в пределах слизистой оболочки, травматический фактор | развивается на травмируемом участке слизистой оболочки полости рта у лиц старческого возраста, страдающих сердечно-сосудистой, сердечно-легочной недостаточностью или другой тяжелой общей патологией. В основе язвенного процесса лежат общие нарушения трофики и местные нервно-сосудистые расстройства. Именно по этой причине резко болезненные трофические язвы отличаются вялым течением, слабой выраженностью симптомов воспаления (ареактивные язвы) и после устранения травматического воздействия не склонны к заживлению. |

**Теоретическая часть.**

**Декубитальная язва** (ulcus decubitale; син. - язва декубитальная, пролежневая) характеризуется локализацией в области действия травматического фактора. Язва болезненная, располагается на гиперемированной слизистой, окружена воспалительным инфильтратом, покрыта фибринозным налетом. При пальпации дно и края язвы мягкие. Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны. При плохом гигиеническом состоянии полости рта возможно осложнение течения язвы анаэробной инфекцией, что приводит к появлению зеленовато-серого зловонного налета. При длительном течении (2-3 месяца) травматическая язва может озлокачествляться.

Гистологическое исследование травматической язвы выявляет дефект покровного эпителия, инфильтрацию подлежащих тканей нейтрофилами, плазматическими клетками и лимфоцитами.

**Лечение.**

Лечение пациентов с травматической язвой симптоматическое.

Местно -

1. Обезболивание СОПР - аппликации 2 - 5% пиромекаиновой мази.

. Для устранения и ослабления влияния вторичного инфицирования применяют: - 0,06% раствор хлоргекседина биглюконата,

. Для очищения поверхности элементов при наличии фибринозного налета проводят 1 раз в день на 10 - 15 мин аппликации р-ров ферментов: химотрипсин.

. Кортикостероидные мази: 1% гидрокортизоновая

. Гепариновая мазь - улушает микроциркуляцию (антикоагулянт).

. Эпителизирующие средства - 5% метилурациловая мазь.

. Санация полости рта. Рациональная и профессиональная гигиена полости рта.

Рекомендуют нераздражающую, гипоаллергенную диету - богатую витаминами, запрещается употребление острой, пряной, грубой пищи, спиртных напитков.

**Дневник:**

1 посещение

Обезболивание СОПР - 5% пиромекаиновая мазь

Rp.: Unguentum Pyromecaini 5% 30.0

D.S. для обезболивания СОПР

Антисептическая обработка - 0,06% раствор хлоргексидина биглюконата

Rp.: Sol. Chlorhexidini bigluconatis 0.06% 200 ml

D.S. для антисептической обработки полости рта

Удаление фибринозного налета - химотрипсин

Rp.: Chymotrypsini crystallisati 0.01

D.t.d. N. 6

S. содержимое флакона растворить в 10 мл изотонического раствора NaCl, нанести на область поражения на 15 минут

Противовоспалительный препарат -

Rp.: Ung. Hydrocortizoni 5% 5.0

D.S. наносить на пораженный участок слизистой 2 раза в день, курс 5 дней

посещение

Обезболивание, антисептическая обработка, удаление фибринозного налета

посещение

Антисептическая обработка,

Эпителизирующий препарат - метилурациловая мазь.: Ung. Мethyluracili 5% 25.0

D.S. наносить на пораженную СОПР 2 раза в день, курс - 2-3 дня.

**Эпикриз**

Больная Морозова Татьяна Николаевна 1975 года рождения обратилась на кафедру терапевтической стоматологии СГМУ 11.10.11 с жалобами на наличие болезненного образования на слизистой оболочке щеки справа; болезненность при разговоре, при приеме пищи; затруднение гигиены полости рта. Из анамнеза заболевания установлено, что семь дней назад больная отметила случайное прикусывание слизистой оболочки щеки справа, через несколько дней появились болезненные ощущения в данной области. Боль усиливалась после каждого приема пищи. К врачу по поводу данного заболевания не обращалась, лечение не проводилось. Из анамнеза жизни выявлено - место рождения г. Саратов, родилась первым ребенком в семье, вскармливание грудное, материально-бытовые условия в детстве удовлетворительные. Бытовые условия в настоящий момент хорошие. Питание регулярное, в достаточном объеме. Вредные привычки отрицает. Перенесённые и сопутствующие заболевания: считает себя здоровой. Аллергологический и наследственный анамнез со слов пациентки не отягощены. На основании данных объективного обследования - осмотр очага поражения: на слизистой оболочки щеки справа видна язва, размером 3 \* 9 мм. Язва болезненная, овальной формы, располагается на гиперемированной слизистой, окружена воспалительным инфильтратом, покрыта фибринозным налетом. При пальпации дно и края язвы мягкие. На основе данных дополнительного обследования: 1. Бактериологическое исследование мазка - отпечатка: в мазке - отпечатке обнаружены в небольшом количестве Streptococcus, Staphylococcus; одиночные Сandida albicans. Наблюдается картина неспецифического воспаления. 2. Кровь на Lues: РМП - отрицательно, ИФА - отрицательно 3. Анализ на HIV, антитела к ВИЧ - отрицательно. Был поставлен диагноз - травматическая язва слизистой оболочки щеки справа. После проведенного лечения патологические элементы на слизистой щеки устранены. Рекомендовано профилактическое наблюдение 1-2 раза в год у стоматолога.

Ближайший и отдаленный прогнозы для жизни благоприятный.

**Литература**

язва щека декубитальный диагностика

1. Боровский Е.В., «Терапевтическая стоматология», Москва 1997 год.

. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И., «Заболевания слизистой оболочки полости рта», 2001 год.

. Рыбаков А.И., «Эпидемиология стоматологических заболеваний», Москва 1993 год