

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИЛИАРНО-ЯЗВЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОСТИ РТА

Абдуллаев Д.Р.¹, Курьязов А.К.², Курьязов Ш.К.³, Искандарова А.И.⁴

¹Абдуллаев Давронбек Равшанович - ассистент,

²Курьязов Акбар Курамбаевич - кандидат медицинских наук, доцент,

³Курьязов Шохрух Акбарович - кандидат медицинских наук,
кафедра Стоматологии.

⁴Искандарова Адиба Ихтиеровна – студент,
стоматологический факультет,

Ургенчский филиал Ташкентская медицинская академия,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Аннотация: туберкулез смертоносная инфекция. Распространенность туберкулеза среди населения определяет актуальность сведений о данной патологии. Клинические проявления туберкулеза в полости рта, десны, неба и языка необходимо проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.

Ключевые слова: туберкулез, туберкулез полости рта, язва, милиарно-язвенная форма, диагностика туберкулеза, лечение туберкулеза.

FEATURES OF THE COURSE OF MILIARY-ULCERATIVE TUBERCULOSIS OF THE ORAL CAVITY

Abdullayev D.R.¹, Kuryazov A.K.², Kuryazov S.K.³, Iskandarova A.I.⁴

¹Abdullayev Davronbek Ravshanovich – assistant,

²Kuryazov Akbar Kurambaevich-Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, ³Kuryazov Shoxrux Akbarovich -
Candidate of Medical Sciences,
DEPARTMENT OF DENTISTRY

⁴Iskandarova Adiba Ikhtierovna - student,
FACULTY OF DENTISTRY.

URGENCH BRANCH TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
URGENCH. REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: tuberculosis is a deadly infection. The prevalence of tuberculosis among the population determines the relevance of information about this pathology. Clinical manifestations of tuberculosis in the oral cavity, gums, palate and tongue need to be differentiated from other diseases.

Keywords: tuberculosis, tuberculosis of the oral cavity, ulcer, miliary-ulcerative form, diagnosis of tuberculosis, treatment of tuberculosis.

УДК 616-002.5-021.1

Туберкулез является второй по значимости причиной смерти от какого-либо одного инфекционного агента, уступая лишь злокачественной опухоли и ВИЧ/СПИДу [1]. Ежегодно в стране примерно 8 млн человек заболели туберкулезом 1,5 млн человек умерли от этой страшной болезни [2]. Проблемой остается эпидемиологическая ситуация по туберкулезу у заключенных [3]. Сегодня в учреждениях тюрьмы содержится большое количество больных туберкулезом [4]. Ежегодно несколько тысяч больных туберкулезом выявляется на уровне следственных изоляторов в тюрьмах [5]. По оценкам ученых у людей в мире развивается туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью [6]. Число людей, ежегодно болеющих туберкулезом, уменьшается, хоть и очень медленно [7]. За период 2023 гг. смертность от туберкулеза снизилась на 35 % [8, 9]. Возбудителем туберкулеза является бактерия (*Mycobacterium tuberculosis*), которая чаще всего поражает легкие и передается воздушнокапельным путем [10]. Около одной трети населения мира имеют латентный туберкулез [11]. Риск того, что люди, инфицированные бактериями туберкулезом, заболеют им на протяжении своей жизни, составляет 12 % [12]. Однако люди с ослабленной иммунной системой подвергаются гораздо более высокому риску заболевания [13, 14]. Специфическое поражение слизистой оболочки полости рта относится к редко встречающейся форме туберкулеза. В связи с тем, что в последние годы значительно увеличился приток мигрантов, знание особенностей течения данного поражения имеет диагностическую ценность при оказании стоматологической помощи больным туберкулезом легких. Мигранты, вынужденные переселенцы и беженцы представляют собой группу лиц с повышенным риском заболеваемости туберкулезом. Этому способствует низкий уровень жизни, несоблюдение санитарно-гигиенических норм, стрессовые ситуации, снижение белкового питания. Войны и военные конфликты, экономический кризис, отсутствие нормального жилья, плохие условия быта и труда в заболеваемости туберкулезом имеют первостепенное значение. Велика также отрицательная роль недостаточного или вегетарианского питания, низкого уровня образования, культуры и санитарной грамотности. Мигранты и беженцы статистически достоверно

увеличивают число больных с остротекущими и быстро прогрессирующими формами туберкулеза, такими как казеозная пневмония, а также с хроническими деструктивными формами – диссеминированным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. При этом наиболее опасен тесный семейный или производственный контакт с людьми, выделяющими при кашле с мокротой микобактерии туберкулеза [15]. Слизистая оболочка рта, благодаря явлениям колонизационной резистентности, является неблагоприятной средой для размножения микобактерии туберкулеза. Как правило, они быстро погибают, но при наличии повреждений слизистой полости рта микобактерии могут вызывать язвенные поражения. Туберкулезные поражения слизистой оболочки рта могут наблюдаться у 1 % взрослых больных туберкулезом органов дыхания. Первичный туберкулез практически в полости рта взрослых людей не развивается [16]. Вторичный туберкулез слизистой оболочки рта как следствие туберкулеза легких или кожи встречается главным образом в двух формах – туберкулезной волчанки и милиарноязвенного туберкулеза. Чрезвычайно редко наблюдается колликативный туберкулез скрофулодерма [17]. Основными клинико-морфологическими формами туберкулеза слизистой оболочки рта являются инфильтративная и язвенная. Цвет туберкулезного инфильтрата варьирует от ярко-красного при острых формах с преимущественно экссудативным компонентом воспаления, до бледно-серого при наличии фиброзных наслоений. Туберкулезные язвы имеют вид небольших трещин, скрывающихся иногда в складках слизистой оболочки рта, или обширных изъязвлений, сопровождающихся отеками с высыпанием милиарных мелкоочаговых узелков серовато-желтого цвета. Болевой симптом при различных формах туберкулезного поражения полости рта не очень выражен, зависит от локализации процесса и возникает как самостоятельное явление или при приеме пищи. Патологический процесс поражает слизистую оболочку полости рта, десны, щеки, твердое и мягкое небо, язык, красную кайму губ. Симптомы туберкулеза полости рта различны в зависимости от остроты, характера, формы и локализации процесса. Клинически они характеризуются рядом общих функциональных расстройств организма, свойственных туберкулезной интоксикации, и локальной симптоматикой, включающей в себя проявления легочного поражения и непосредственно картину туберкулеза слизистой оболочки рта. При надавливании пуговчатый зонд легко проваливается в люпому (проба с зондом, феномен Пospelова). Общее состояние больных резко изменяется: наблюдаются исхудание, повышенная потливость, одышка, повышение температуры тела, гиперсаливация. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются и уплотняются. Реакция Пирке в большинстве случаев положительна. В язвах бациллы Коха обнаруживаются очень редко, даже при многократных исследованиях. У больных с длительно текущим волчаночным процессом развиваются на месте поражения гладкие блестящие рубцы. При локализации на губе они сильно ее деформируют, что приводит к затруднению приема пищи, искажению речи. Без лечения процесс длится неопределенно долго, на рубцах могут возникнуть свежие бугорки. Очаги волчанки в полости рта нередко осложняются вторичной инфекцией кокки, грибы Candida. Озлокачествление волчаночных язв при локализации в полости рта или на губах возникает в 1–10 % случаев. На слизистой оболочке рта милиарноязвенный туберкулез развивается вторично в результате аутоинокуляции бацилл Коха из открытых очагов инфекции, чаще всего из легких при тяжелом прогрессирующем течении процесса. Реактивность к возбудителю у таких лиц понижена. Микобактерии туберкулеза, выделяясь, в значительном количестве с мокротой, внедряются в слизистую оболочку в местах травм, развиваются типичные туберкулезные бугорки, после распада которых в центре очага образуется язва. Типичная локализация язв – слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов, спинка и боковые поверхности языка, мягкое небо. Количество язв обычно от одной до трех. Язва обычно неглубокая, с неровными подрытыми мягкими краями, болезненная. Дно ее и края имеют зернистое строение за счет нераспавшихся бугорков, покрыты желтоватосерым налетом. Окружающие ткани отечны, вокруг язвы иногда можно обнаружить мелкие абсцессы – так называемые зерна Треля. При длительном существовании язвы и вторичном инфицировании края и дно ее уплотняются. На языке или переходной складке язвы могут принимать щелевидную форму, когда дно язвы шире входного отверстия. Регионарные лимфатические узлы вначале могут не прощупываться, в дальнейшем пальпируются увеличенные, эластически плотные, болезненные. Колликативный туберкулез, или скрофулодерма, на слизистой оболочке полости рта встречается крайне редко, в основном у детей. Характерно образование узлов в глубоких слоях слизистой, спаянных с кожей или слизистой оболочкой, без выраженной воспалительной реакции. Узлы постепенно увеличиваются, размягчаются и вскрываются. Образуются слабоблезненные язвы неправильной формы с подрытыми краями. Дно язв покрыто вялыми грануляциями и серовато-желтым налетом. После заживления язв образуются втянутые, обезображивающие рубцы. К сожалению, больные, страдающие даже тяжелыми формами туберкулеза легких, иногда не знают о своем заболевании. Возникновение язв на слизистой оболочке полости рта приводит их к стоматологу. В подобных случаях главная задача стоматолога – поставить или предположить правильный диагноз и без промедления направить больного на обследование и лечение к фтизиатру. Воспалительные изменения, выявленные при осмотре полости рта, дифференцируют от язвенно-некротического стоматита Венсана, травматической, трофической и раковой язв. Стоматологическая помощь оказывается больным туберкулезом органов дыхания при строгом соблюдении мер санитарно-противоэпидемического режима. Осмотр полости рта у больных активной формой туберкулеза и оказание им плановой стоматологической помощи проводят по направлению врача-фтизиатра после проведения основного курса этиотропной терапии. Плановую помощь оказывают не ранее 2–4 месяцев от начала лечения, после прекращения выделения *M. tuberculosis* с мокротой. В связи со сниженной резистентностью организма у больных активной формой туберкулеза

легких, проявляющейся увеличением накопления мягкого зубного налета и тяжести воспаления в тканях пародонта, стоматологическое лечение начинают с полноценной гигиены полости рта, ее санации, противовоспалительной терапии пародонтита, периодонтита, кариеса и профилактических антибактериальных мероприятий.

Список литературы / References

1. *Латинов Ф.Ш. и др.* АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОСТИТА КОРЕННЫХ ЗУБОВ // Вестник науки и образования. – 2024. – №. 3 (146)-2. – С. 42-46. DOI: 10.24411/2312-8089-2024-10302.
2. *Маширипов О.С. и др.* ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА // Вестник науки и образования. – 2024. – №. 1 (144)-1. – С. 78-81. DOI: 10.24411/2312-8089-2024-10111.
3. *Искандарова А.И., и др.* ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК В МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ КАК СРЕДСТВО ОБЩЕНИЯ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА К КУЛЬТУРЕ ДРУГИХ НАРОДОВ // Проблемы современной науки и образования. – 2023. – №. 7 (185). – С. 34-39. DOI 10.24411/2304-2338-2023-10702.
4. *Маширипов О.С. и др.* ТЕЧЕНИЕ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ТУБЕРКУЛОМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ // Вестник науки и образования. – 2024. – №. 1 (144)-1. – С. 81-84. DOI: 10.24411/2312-8089-2024-10112.
5. *Искандарова А.И. и др.* ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПОДХОДОВ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ФИТОТЕРАПИИ И КУМЫСОТЕРАПИИ В СТОМАТОЛОГИИ // Проблемы современной науки и образования. – 2023. – №. 8 (186). – С. 26-29. DOI 10.24411/2304-2338-2023-10804.
6. *Ikhtiyarova I.A., Kurambaevich K.A., Akbarovich K.S.* ENERALIZATION OF TUBERCULOSIS INFECTION OF THE ORAL MUCOSA // European science. – 2023. – №. 3 (67). – С. 50-53. DOI 10.24411/2410-2865-2023-10303.
7. *А.К. Рахимов* ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИИ ПРИАРАЛЬЯ НА УВЕЛИЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ. Наука и образование сегодня - 2024, №2(79) – стр. 42-45. DOI 10.24411/2414-5718-2024-10204.
8. *Рахимов А.К., Рахимова Г.К. и др.* Остаточные изменения в легких у детей и подростков после перенесенного инфильтративного туберкулеза (обзор литературы) // Научный аспект. – 2024 - №2 том 29 – С. 3619-3629.
9. *А.К. Рахимов и др.* Арт терапия и исследование стилей литературных авторов с применением в творчестве и в живописи темы туберкулеза / Журнал Научный аспект – 2024 год - №4, том36.
10. *А.К. Рахимов* Особенности течения туберкулеза с коморбидной соматической патологией среди жителей Хорезмской области / European research, 2024 г. - №2(84) стр. 34-37.
11. *А.К. Рахимов* Актуальность применения новых подходов к обучению студентов предмета фтизиатрия в медицинской академии / Проблемы педагогики - 2024 г. - №3(67).
12. *Аскарлова Р.И.* МАССОВОЕ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ В ЦЕЛЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ / Журнал Наука, техника и образование – 2023 г. - №1 (89) – стр. 86-89. DOI: 10.24411/2312-8267-2023-10110.
13. *Аскарлова Р.И.* ПРОБЛЕМА ЗАБОЛЕВАНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА И ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИАРАЛЬЯ / Процветание науки – 2021 год - №4(4) – стр. 53-59.
14. *Аскарлова Р.И.* Главные опасности заражения людей туберкулезом от домашних животных // European research. – 2023. – №. 3 (81). – С. 58-61.
15. *Аскарлова Р.И.* ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 / журнал АСАДЕМУ - 1 (74) – 2023 – Стр. 58-61.
16. *Аскарлова Р.И.* Задания для самостоятельной работы и контроля знаний студентов по детской фтизиатрии. 2020 г. - Серия высшее образование. Москва Инфра-М.Znanium.com. – Стр. 42-59; DOI: 10.12737/1082951.
17. *Аскарлова Р.И.* Социально-значимый туберкулез у детей дошкольного возраста. Журнал Наука, техника и образование 2023 г. - №1 (84) - стр. 82-85. - DOI: 10.24411/2312-8267-2022-10104.