

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В СТОМАТОЛОГИИ

Рахимов А.К.

*Рахимов Анвар Кодирбергенович - студент,
лечебный факультет,
Ургенчский филиал Ташкентская медицинская академия,
г. Ургенч, Республика Узбекистан*

Аннотация: человек существует в сложной экологической системе. В ротовой полости размножаясь микроорганизмы проникают во внутреннюю среду организма. Вызывая ответную защитную реакцию с развитием инфекционного процесса. Челюстно- лицевой туберкулез редкая форма. Чаще возникает при нелеченных формах легочного туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез, челюстно-лицевой туберкулез, стоматология, заболевание, редкий случай.

A RARE CASE OF MAXILLOFACIAL TUBERCULOSIS IN DENTISTRY

Rakhimov A.K.

*Rakhimov Anvar Kodirberganovich - student,
MEDICAL FACULTY,
URGENCH BRANCH TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: man exists in a complex ecological system. In the oral cavity, multiplying microorganisms penetrate into the internal environment of the body. Causing a protective response with the development of the infectious process. Maxillofacial tuberculosis is a rare form. It occurs more often with untreated forms of pulmonary tuberculosis.

Keywords: tuberculosis, maxillofacial tuberculosis, dentistry, disease, rare case.

УДК 616.24-002.5

Актуальность: в зависимости от биологических свойств возбудителя и компетентности иммунной системы в одних случаях инфекционный процесс протекает бессимптомно, не ухудшая здоровья, а в других вызывает различные функциональные нарушения систем, органов и тканей организма, формируется инфекционная болезнь. Местом внедрения большинства патогенов являются кожа, подкожная основа лица, шеи, слизистая оболочка рта. Первичный аффект и начальные симптомы многих инфекционных заболеваний манифестируют поражениями тканей челюстно-лицевой области. Для практикующего врача-стоматолога, врача-инфекциониста, семейного врача важна и крайне необходима своевременная диагностика инфекционных болезней для выработки тактики ведения и лечения пациентов. При этом большое значение имеет оказание своевременной местной стоматологической помощи больным, у которых поражена челюстно-лицевая область при инфекционных болезнях. С учетом этого в настоящем атласе рассмотрены этиология, патогенез и клиническая картина инфекционных заболеваний, при которых патологический процесс локализуется в челюстно-лицевой области, а также ориентировочная схема диагностики, местного стоматологического лечения, прогноза и профилактики. Туберкулез – это хроническое инфекционное гранулематозное заболевание, возбудителем которого являются микроорганизмы, образующие группу *Mycobacterium tuberculosis*. В большинстве случаев заболевание у человека вызывают *Mycobacterium tuberculosis*. Микобактерия туберкулеза крупная, слегка изогнутая или прямая бактерия в форме палочки 1–10 мкм, диаметром 0,2–0,6 мкм, они неподвижны, не образуют спор и капсул, не выделяют экзотоксинов. Основные видовые свойства облигатные аэробы, медленное размножение, цикл деления составляет 18–24 часа, что обуславливает медленный рост на питательных средах и при культивировании. Высокая резистентность к факторам внешнего воздействия за счет уникальной клеточной стенки, содержащей в большом количестве миколовые кислоты, сцепленные с жирными кислотами, сложные воска, сульфатиды, гликолипиды и арабиногалактан. Палочка Коха выдерживают нагревание до 80–90 °С и низкие температуры до -260 °С, устойчивы к высушиванию, хорошо сохраняются во влажной среде, резистентны к большинству химических и физических факторов (кроме ультрафиолетового излучения и прямого солнечного света, выраженный полиморфизм при воздействии неблагоприятных факторов среды со способностью к L-трансформации и формированию на генетическом уровне лекарственно-устойчивых штаммов, создающих серьезную проблему общественному здравоохранению во всем мире распространение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Туберкулез – антропозоонозная инфекция. Источник инфекции при туберкулезе: больной человек бактериовыделитель, большое животное. Пути выделения палочек коха: с мокротой чаще всего, с мочой, калом, гноем (при туберкулезе костей, периферических лимфатических узлов. Пути заражения аэрогенный, воздушно-пылевой, чаще всего и воздушнокапельный. Алиментарный мясо, молоко, сыр, яйца.

Контактный через поврежденную кожу и слизистые оболочки. Трансплацентарный редко. Главным источником заражения окружающих является больной туберкулезом, выделяющий воздушно-капельным путем. Как правило, это больные туберкулезом легких. Наибольшую опасность представляют больные с обильным, постоянным бактериовыделением, которое выявляется с помощью микроскопии. Данные пациенты за сутки могут с мокротой выделить миллиард и более возбудителя туберкулеза. Заражение туберкулезом может быть при наличии прямого контакта с больным туберкулезом, который рассеивает МБТ при кашле, чихании, с капельками слюны при разговоре, поцелуях и т.д. Созданное облако аэрозоля, содержащего МБТ, вдыхается контактирующим человеком. Однако заражение возможно и без прямого контакта с больным – при соприкосновении с зараженными предметами, бельем, с пылевыми частицами, содержащими засохшую мокроту, другим 5 материалом, содержащим микобактерии (воздушно-пылевой путь заражения). Опасность воздушно-пылевого заражения возрастает при невыполнении больным правил личной гигиены, недостаточной дезинфекции или ее отсутствии, при некачественной уборке помещения. Больные внелегочными формами туберкулеза, выделяющие палочки Коха туберкулез почек и мочевыводящих путей, свищевые формы туберкулеза костей и суставов, периферических лимфатических узлов и других органов), считаются также опасными для окружающих из-за риска заражения последних. Ежегодно один человек с бактериовыделением может инфицировать примерно 10 человек [1]. Риск инфицирования зависит от массивности бактериовыделения больного [2]. Времени контакта с больным [3]. Близости контакта и объема помещения, в котором происходит контакт с больным [4]. Наличием у контактного лица факторов риска [5]. Факторы, обуславливающие высокий риск развития туберкулеза это мигранты, лица с ВИЧ инфицированием, безработные [6]. Заражение туберкулезом в основном происходит в детском возрасте [7]. Заражение в большинстве случаев не приводит к заболеванию в связи с наличием у человека иммунитета [8, 9]. Краткая схема взаимодействия палочек коха с организмом человека не всегда приводит к туберкулезу [10]. Входные ворота туберкулезной инфекции дыхательные пути [11]. Туберкулез является второй по значимости причиной смерти от инфекционного агента, уступая лишь ВИЧ/СПИДу и онкологии [12]. В мире ежегодно примерно 9 млн. человек заболевают туберкулезом и 1,5 млн человек умирают от этой болезни [13]. Проблемой остается эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в учреждениях пенитенциарной системы, тюрьмах [14]. Сегодня в учреждениях тюрьмы содержится очень много больных туберкулезом [15]. Ежегодно более 4 тыс. больных туберкулезом выявляется на уровне следственных изоляторов [16]. По оценкам ученых у несколько тысяч людей в мире ежегодно может развиваться туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью [17]. Число людей, ежегодно заболевающих туберкулезом, уменьшается очень медленно [18]. За период с 1990 по 2013 гг. в мире смертность от туберкулеза снизилась на 35 % [19]. Также любые слизистые оболочки любой поврежденной участок кожи [20]. Тканевые макрофаги фиксируют палочки Коха на клеточной мембране [21]. Затем опсонизируют их в клетку с образованием фагосомы [22]. Фагоцитированные палочки Коха доставляются в региональные лимфатические узлы [23]. Иницируется процесс воспаления экссудация и пролиферация без признаков специфичности [24]. В развитии туберкулеза как заболевания различают два периода: первичный и вторичный. Первичный туберкулез возникает в результате первичного заражения. В патогенезе туберкулеза различают два феномена – инфицирование и заболевание. Инфицирование – это проникновение микобактерий в организм человека при отсутствии соответствующей клинической симптоматики и локальных проявлений. Заболевание характеризуется появлением морфологических, клинко-рентгенологических и микробиологических признаков туберкулезной инфекции. От момента заражения до обратного развития изменений проходит не менее 3 лет. Орофациальный туберкулез относится к редким локализациям внелегочного туберкулеза и может поразить язык, небо, слизистую ротовой полости, красную кайму губ, десны, кости лицевого скелета, лимфатические узлы. Встречаемость от 0,5 до 1,5% от всех случаев туберкулеза. Туберкулез челюстно-лицевой области может развиваться как самостоятельная форма или возникать вторично, на фоне туберкулеза легких. Из очага в легочной ткани палочка Коха могут попадать на слизистую ротовой полости контактным путем с мокротой во время кашля или же гематогенным путем. При этом хорошо известен факт, что не все люди, инфицированные микобактериями, заболевают туберкулезом, риск в течение жизни у них составляет 10 %. Люди с ослабленной иммунной системой имеют повышенный риск развития заболевания. Местными факторами риска развития туберкулеза челюстно-лицевой области являются наличие у пациентов различной хронической патологии в ротовой полости от распространенного глубокого кариеса, пульпита, вплоть до полного разрушения зуба, а также состояния после экстракции зубов и прочих стоматологических операций и хронических травматизаций. Слизистая ротовой полости обладает естественной резистентностью к инфекциям в связи с наличием лизоцима и ряда ферментов амилаза, мальтаза в слюнной жидкости. Распознать первые симптомы туберкулезного поражения тканей губ и периротальной области хейлит крайне сложно, в связи с тем, что воспалительный процесс бывает представлен как безболезненный локальный или диффузный отек, возникновение которого может иметь и другие причины инфекция, травма, аллергическая реакция, новообразование. Основным условием правильной диагностики туберкулеза является комплексное обследование пациента, анализ лабораторных и инструментальных методов исследования. Таким образом, врач-стоматолог должен знать основные симптомы данной патологии, принципы ее диагностики и терапии.

1. *Атаджанова О.Н., Хасанова М.Ф., Юсунов Ш.Р., Аскарлова Р.И.* ТУБЕРКУЛЕЗ У ПАЦИЕНТОВ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ / Вестник науки и образования – 2024 - №4(147) часть 1 – стр. 65-67. DOI: 10.24411/2312-8089-2024-10408.
2. *Маткурбанов Х.И., Сапарбаев С.Б.* КЛИНИЧЕСКИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РЕГИОНАХ ПРИАРАЛЬЯ / журнал Вестник науки и образования – 2024 - №4(147) часть 2 – стр. 88-91. DOI: 10.24411/2312-8089-2024-10402.
3. *Хасанова М.Ф., Атаджанова О.Н., Худойбергенов Р.Т.* СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНЫХ, ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ. Вестник науки и образования – 2024 - №4(147) часть 2 – стр. 92-94. DOI: 10.24411/2312-8089-2024-10403.
4. *Сабирова Ш.И.* АНАЛИЗ ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСТОЯНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ / Журнал Проблемы современной науки и образования – 2024 г. - №5(192) – стр. 40-42. DOI 10.24411/2304-2338-2024-10503.
5. *Сабирова Ш.И.* Клинические функциональные особенности состояния гепатобилиарной системы у детей с избыточным весом младшего возраста. Журнал Наука, культура и образование – 2024 г. №2(68) - стр. 44-47.
6. *Аскарлова Р.И.* Анализ эпидемиологических показателей туберкулеза в Хорезмской области. Журнал Наука, культура и образование – 2024 г. - №2(68) – стр. 41-43. doi 10.24411/2413-7111-2024-10202.
7. *Ходжаева З.К.* БРОХИАЛЬНАЯ АСТМА У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ / Журнал проблемы современной науки и образования – 2024 г. - №5(192) – стр. 43-47. DOI 10.24411/2304-2338-2024-10504.
8. *Алиева П.Р., Машиарипова Р.Т.* УСКОРЕННОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ ПО ДОТС ПРОГРАММЕ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ // Проблемы современной науки и образования. – 2024. – №. 4 (191). – С. 60-63.
9. *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.
10. *Рахимов А.К., Рахимова Г.К., Аскарлова Р.И.* Остаточные изменения в легких у детей и подростков после перенесенного инфильтративного туберкулеза (обзор литературы) // Научный аспект. – 2024. №2 том 29 – С. 3619-3629.
11. *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, том 36.
12. *А.К. Рахимов* Особенности течения туберкулеза с коморбидной соматической патологией среди жителей Хорезмской области / Eurоorean research, 2024г. - №2(84) - стр. 34-37.
13. *А.К. Рахимов* Актуальность применения новых подходов к обучению студентов предмета фтизиатрия в медицинской академии / Проблемы педагогики 2024г. - №3(67).
14. *Аскарлова Р.И.* Главные опасности заражения людей туберкулезом от домашних животных // Eurоorean research. – 2023. – №. 3 (81). – С. 58-61.
15. *Аскарлова Р.И.* ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 / журнал ACADEMY Номер: 1 (74) – 2023 – Стр. 58-61.
16. *Аскарлова Р.И.* Задания для самостоятельной работы и контроля знаний студентов по детской фтизиатрии/2020гСерия высшее образование. Москва Инфра-M.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.
18. *Аскарлова Р.И.* Во Фтизиатрии арт терапия как наилучший метод лечения в работе с детскими проблемами. Журнал Процветание науки – 2022 год - №2(8) – стр. 43-49.
19. *Аскарлова Р.И.* Мониторинг заболеваемости детей первичным туберкулезом в Хорезмской области. Журнал Re-health journal 2021 г., №2(10) – стр. 238-242. DOI: 10.24411/2181-0443.
20. *Аскарлова Р.И.* Gen-Expert исследование в диагностике деструктивного туберкулеза легких. Журнал Наука, техника и образование – 2021 г. - №1 (76) – стр. 45. DOI: 10.24411/2312-8267-2021-10101.
21. *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.
22. *Аскарлова Р.И.* ПРОБЛЕМА ЗАБОЛЕВАНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА И ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИАРАЛЬЯ / журнал Процветание науки - 2021 год - №4(4) – стр. 53-59.
23. *Аскарлова Р.И.* ЗАРАЖЕНИЕ ЛЮДЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОТ КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ // International scientific review. – 2023. – №. ХСII. – С. 26-28.
24. *R. Askarova, K. Polyakov, I. Akulinina* Journal of Global Pharma, 2020 Стр. 668–676/ June Volume 12(том) issue-№6 / visit A capillary electrophoretic method for the analysis of bupivacaine and its metabolites.