

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОСТИ РТА

Шукурова Н.Т.¹, Муратова С.К.², Тураев А.Б.³

Email: Shukurova696@scientifictext.ru

¹Шукурова Нодира Тиллаевна – ассистент;

²Муратова Саодат Кадировна – ассистент;

³Тураев Алим Бахриддинович – ассистент,

кафедра стоматологии № 2,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: высокая распространенность туберкулеза среди населения определяет актуальность сведений о своевременной диагностике, профилактике данной патологии. Описаны клинические проявления туберкулеза в полости рта в зависимости от формы, современные методы диагностики, методы профилактики при туберкулезе, а также тактика врача-стоматолога при туберкулезе полости рта. Туберкулезное поражение слизистой оболочки рта служит проявлением общей туберкулезной инфекции, поэтому общее лечение больных проводят в специализированных противотуберкулезных диспансерах. Стоматологическая помощь оказывается больным туберкулезом органов дыхания при строгом соблюдении мер санитарно-противоэпидемического режима.

Ключевые слова: туберкулез полости рта, диагностика туберкулеза, профилактика туберкулеза.

MEDICAL TACTICS IN THE DIAGNOSIS OF ORAL TUBERCULOSIS

Shukurova N.T.¹, Muratova S.K.², Turaev A.B.³

¹Shukurova Nodira Tillaevna – Assistant;

²Muratova Saodat Kadirovna – Assistant;

³Turaev Alim Bakhriddinovich – Assistant,

DEPARTMENT OF DENTISTRY № 2,

SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,

SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: the high prevalence of tuberculosis among the population determines the relevance of information on timely diagnosis and treatment of this pathology. The clinical manifestations of tuberculosis in the oral cavity depending on the form, modern methods of diagnosis and differential diagnosis of the disease, as well as approaches to conservative treatment of specific lesions of the oral mucosa are described. Tuberculous lesion of the oral mucosa is a manifestation of a general tuberculosis infection, therefore, general treatment of patients is carried out in specialized anti-tuberculosis dispensaries. Dental care is provided to patients with respiratory tuberculosis in strict compliance with the sanitary and anti-epidemic regime.

Keywords: tuberculosis of the oral cavity, diagnosis of tuberculosis, prevention of tuberculosis.

УДК 616-002.598+611.31

В прошлом году ВОЗ подтвердила статус туберкулеза как инфекционного убийцы номер один на планете. Туберкулез - это хроническое инфекционное заболевание возбудителем патологии принято считать микобактерию туберкуле (называемую еще палочкой Коха, по фамилии немецкого ученого, обнаружившего ее). По оценкам ВОЗ туберкулез является одним из самых опасных инфекционных заболеваний в мире, наряду со СПИДом и гепатитом. Борьба с ним ведется на протяжении 150 лет, но всемирную эпидемию победить не удалось. По данным министерства здравоохранения РФ, заболеваемость туберкулезом в России в 2013 г. составляла 63 случая на 100 тыс. человек, а смертность – чуть более 11 случаев на 100 тыс. россиян. Превышение среднего по стране показателя заболеваемости туберкулезом (от 80 до 206 случаев на 100 тыс. населения) зарегистрировано во всех субъекта. Мужчины болеют туберкулезом в 3,2 раза чаще женщин, при этом темпы роста заболеваемости у мужчин в 2,5 раза выше, чем женщин. Наиболее пораженными являются лица в возрасте 20–29 и 30–39 лет. При этом среди постоянного населения отмечается рост показателя заболеваемости туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (2009 г. – 4,4; 2011 г. – 5,6; 2012 г. – 5,9 на 100 тыс. населения) [9, 10]. Туберкулез является второй по значимости причиной смерти от какого-либо одного инфекционного агента, уступая лишь ВИЧ/СПИДу. В 2013 г. 9 млн человек заболели туберкулезом и 1,5 млн человек умерли от этой болезни. Проблемой остается эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в учреждениях пенитенциарной системы. Сегодня в учреждениях ФСИН содержится 35 тыс. больных туберкулезом. По оценкам 2013 г., у 480 тыс. людей в мире развился туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью. Число людей, ежегодно заболевающих туберкулезом, уменьшается, хоть и очень медленно. За период с 1990 по 2013 гг. смертность от туберкулеза снизилась на 45%.

Вот статистика: в 2018 году показатели заболеваемости в Узбекистане составили 42,6 человека на 100 тысяч населения, а смертности - 1,6 человека. Для сравнения: в 2002-м эти данные равнялись 79,1 и 12,3 соответственно. То есть сегодня положение улучшилось. И тем не менее. Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза (палочка Коха). Микобактерии туберкулёза чрезвычайно устойчивы к факторам внешней среды, химическим и физическим воздействиям. Вне живого организма они остаются жизнеспособными в течение многих месяцев, особенно во влажных и тёмных помещениях. В настоящее время выделяют 4 основных разновидности туберкулеза, способных вызывать заболевания человека и теплокровных животных – человеческий, бычий, птичий и мышинный. Человек восприимчив преимущественно к первым двум типам микобактерий туберкулеза. Заражение туберкулезом может быть вызвано микобактериями туберкулеза, выделяемыми не только с мокротой больного, но и с гноем, мочой, калом. В отдельных случаях заражение может произойти и от больных туберкулезом животных, в первую очередь от крупного рогатого скота. Возможное заражение туберкулезом зависит от многих причин: количества выделяемых большим микобактерий, тесноты и длительности контакта, соблюдения мер индивидуальной профилактики, предшествующего состояния здоровья, состояния защитных сил организма и др. Антисанитарные бытовые привычки (употребление общей посуды, общей зубной щетки и других предметов личной гигиены) способствуют распространению туберкулезной инфекции [14, 19].

Туберкулез в полости рта – редкое заболевание, так как слизистая оболочка рта маловосприимчива к микобактериям туберкулеза (наблюдается у 0,3% взрослых стационарных больных активным туберкулезом легких). Первичный туберкулез (первичный туберкулезный комплекс) практически в полости рта взрослых людей не развивается. Вторичный туберкулез слизистой оболочки рта как следствие туберкулеза легких или кожи встречается главным образом в двух формах – туберкулезной волчанки и милиарно-язвенного туберкулеза. Чрезвычайно редко наблюдается колликувативный туберкулез (скрофулодерма).

Клинические формы туберкулеза ротовой области:

1. Туберкулез слизистой оболочки ротовой полости:

- туберкулез языка;
- туберкулез десен;
- туберкулез слизистой оболочки губ и щек;
- туберкулез твердого и мягкого неба.

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-жёлтого 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 нёбо, 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. В острой стадии возможно присоединение неспецифического воспаления, вызванного грибами рода *Candida*, также к осложнениям туберкулезной волчанки относятся рожистое поражение. Нечасто, в 1–10% случаев, встречаются язвы, которые перерождаются в люпус карциномы [7, 13].

Наиболее частая локализация туберкулезной волчанки в полости рта – верхняя губа, десна и альвеолярный отросток верхней челюсти в области фронтальных зубов, твердое и мягкое нёбо. Первичный элемент поражения – специфический туберкулезный бугорок (липوما), мягкий, красного или желто-красного цвета, диаметром 1–3 мм. Бугорки располагаются группами. Они растут по периферии очага, а в центре его легко разрушаются, приводя к появлению язв с мягкими малоболлезненными отечными краями. Весь очаг поражения имеет вид поверхностной язвы, покрытой ярко-красными или желто-красными чистыми, или с желтоватым налетом легко кровоточащими папилломатозными разрастаниями, напоминающими малину. Костная ткань межзубных перегородок разрушается, зубы становятся подвижными и выпадают. Пораженная губа сильно отекает, увеличивается в размере, покрывается обильными кровянисто-гнойными корками, после удаления которых обнажаются язвы. Возникают болезненные трещины на губах [2, 6].

Характерны для туберкулезной волчанки симптом яблочного желе и проба с зондом. При надавливании предметным стеклом на кожу или красную кайму губ пораженная ткань бледнеет,

становятся видимыми люпомы в виде желтовато-коричневых узелков, похожих по цвету на яблочное желе (симптом яблочного желе). При надавливании пуговчатый зонд легко проваливается в люпому (проба с зондом, феномен Пospelова). Общее состояние больных резко изменяется: наблюдаются исхудание, повышенная погливность, 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 [2, 10].

На слизистой оболочке рта милиарно язвенный туберкулез развивается вторично результате аут инокуляции бацилл Коха из открытых очагов инфекции, чаще всего из легких при тяжелом прогрессирующем течении процесса. Реактивности 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 желтовато-серым 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.

Коллективный 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 слабо болезненные язвы неправильной формы с подрытыми краями. Дно язв покрыто вялыми грануляциями и серовато-желтым налетом. После заживления язв образуются втянутые, обезображивающие рубцы [3, 9].

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 [5, 9, 15].

Воспалительные изменения, выявленные при осмотре полости рта, дифференцируют от язвенно-некротического стоматита Венсана, травматической, трофической и раковой язв. Туберкулезную волчанку дифференцируют от бугорков, возникающих при третичном сифилисе. Сифилитические бугорки более крупные, отличаются большей плотностью. Края язв при сифилисе ровные, плотные, а при туберкулезной волчанке – мягкие, изъеденные. В отличие от волчанки сифилитические высыпания повторно на рубцах не возникают. Симптом проваливающегося зонда и яблочного желе при сифилисе отсутствует. Изменения по типу скрофулодермы на слизистой оболочке рта дифференцируют от сифилитической гуммы или актиномикоза. Сифилитические гуммы отличаются от узлов при туберкулезе большей плотностью, быстрым вскрытием с образованием кратер образных язв с инфильтрированными краями. После заживления сифилитических язв образуются втянутые звездчатые рубцы. Окончательным подтверждением сифилитического происхождения процесса являются положительные РИФ и РИБТ. При актиномикозе узлы в слизистой оболочке рта и коже очень плотные, после их размягчения образуются свищи, а не язвы. В отделяемом из свищей обнаруживаются друзы лучистого гриба [3, 7, 13, 16].

При подозрении на изменения специфической этиологии показано трехкратное микроскопическое исследование гнойного отделяемого язвы или мазка-отпечатка язвы с окраской по Цилю–Нельсену для обнаружения кислотоустойчивых бактерий. Культуральное исследование позволяет определить видовую принадлежность микобактерий (*M. tuberculosis*, *M. Bovis* и *M. africanum*). Наиболее часто, около 90 % случаев, отмечается выделение *M. tuberculosis*. *M. bovis* выявляют реже, всего в 10–15 % случаев. Выделение МБТ бычьего вида наблюдается у жителей сельской местности при алиментарном пути заражения [2, 6, 12, 18].

Выполняется диагностическая биопсия края язвы для гистологического и бактериологического исследования. При изучении биоптатов слизистой оболочки для подтверждения туберкулезной этиологии необходимо обнаружение клеток Пирогова–Лангханса. Также используется полимеразная цепная реакция (ПЦР) для выявления ДНК МБТ. Решающими в постановке диагноза являются

результаты цитологического и бактериоскопического исследований. В последнее время, в связи с увеличением количества лиц с вторичными Т-клеточными иммунодефицитами (в том числе инфицированных и больных СПИД), помимо обнаружения МБТ, регистрируется выделение НТМБ. Нетуберкулезные микобактерии, в условиях снижения неспецифической резистентности, способны вызывать изменения мягких тканей полости рта при так называемых «оппортунистических инфекциях». Очень часто, микобактериозы по морфологическим и клиническим признакам сходны с туберкулезом. Диагностика туберкулеза: Общий анализ крови: характерны неспецифические изменения: снижение уровня гемоглобина (анемия) и лейкоцитов (лейкопения). Микробиологическая диагностика: выявление микобактерий туберкулеза в мокроте (проводится тоекратно); исследование промывных вод бронхов; исследование плевральной жидкости; бронхоскопия с биопсией ткани бронха; биопсия плевры, легкого. Генетические методы: наиболее распространенным и информативным методом является метод ПЦР – полимеразной цепной реакции. Он основан на обнаружении в исследуемом материале фрагментов генетического материала (ДНК) бактерий [3, 11, 19].

Рентгенологические методы: флюорография, рентгенография, рентгеноскопия, томография. У детей основная диагностика при подозрении на туберкулез – периодическое проведение туберкулиновых проб. Туберкулезное поражение слизистой оболочки рта служит проявлением общей туберкулезной инфекции, поэтому общее лечение больных проводят в специализированных противотуберкулезных диспансерах. 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.

Список литературы / References

- 1 *Адилов К.З., Ризаев Ж.А., Адилова Ш.Т.* Зависимость показателей вязкости ротовой жидкости и контролируемой гигиены полости рта у работников горнорудного производства. Актуальные проблемы современной медицины: сборник материалов 74-й международной научно-практической онлайн конференции студентов-медиков и молодых учёных, посвященной 90-летию Самаркандского государственного медицинского института // Под редакцией Ж.А. Ризаева. Самарканд. 15 мая 2020 г. Журнал «Проблемы биологии и медицины», 2020. № 1.1. Том 117. С. 70.
- 2 *Аджаблаева Д.Н.* Показатели качества жизни детей и подростков при использовании различных методов выявления туберкулеза // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие, 2018. Т. 6. № 1 (20). С. 15-17.
- 3 *Аминов З.З. и др.* Социальные аспекты и роль питания в стоматологическом здоровье детей и подростков // Academy, 2019. № 10 (49). С. 18-21.
- 4 *Арифов С.С., Лутфуллаев У.Л., Лутфуллаев Г.У.* Оценка эффективности лечения больных с юношеской ангиофибромой носовой части глотки при кровотечении // Журнал ушных, носовых и горловых хвороб, 2009. Т. 6. С. 5-7.
- 5 *Жумаев Г. и др.* Распространенность, характеристики и исходы лечения всех больных с впервые выявленным туберкулезом и с сахарным диабетом в 2011–2013 гг. в Бухаре, Узбекистан // Панорама общественного здравоохранения, 2016. Т. 2. № 01. С. 48-56.
- 6 *Зоиров Т.Э., Абсаламова Н.Ф.* Использование лазеротерапии как немедикаментозный метод лечения больных острыми воспалительными заболеваниями // Достижения науки и образования, 2020. № 6 (60). С. 26-32.
- 7 *Зубайдуллаева М.А.К., Рахимбердиев Р.А., Шамсиев Р.А.* Гигиенический уход за полостью рта у детей раннего возраста // Достижения науки и образования, 2020. № 1 (55). С. 15-18.
- 8 *Назарова Н.Ш., Рахманова Н.Р.* Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном пародонтите // Достижения науки и образования, 2020. № 6 (60). С. 21-24.
- 9 *Рахимбердиев Р.А. и др.* Гигиенический уход за полостью рта у детей раннего возраста // Достижения науки и образования, 2020. № 1. С. 88-94.
- 10 *Романюк О.В., Полевая С.П., Полевой В.П.* Диагностика и лечение нарушений менструального цикла у женщин, больных туберкулезом легких // Проблемы биологии и медицины, 2016. Т. 4. № 91. С. 100-103.
- 11 *Ризаев Ж.А., Раимкулова Д.Ф.* Особенности показателей защитной системы ротовой полости у детей пародонтитом ассоциированной пневмококковой пневмонией // Инфекция, иммунитет и фармакология, 2018. № 1. С. 46-49.

- 12 *Ризаев Ж.А., Фаттахов Р.А., Хасанова Л.Э.* Кортизол ротовой жидкости – биомаркер эмоционального стресса у стоматологических пациентов// *Journal of Biomedicine and Practice*, 2019. № 1. С. 37-41.
- 13 *Ризаев Ж.А., Асадуллаев Н.С., Абдувакилов Ж.У.* Динамика возрастных показателей физико-химического состава ротовой жидкости у лиц пожилого старческого возраста // *Вісник проблем біології і медицини. Bulletin of problems in biology and medicine*. 3 (145), 2018. Украина. С. 382-385.
- 14 *Худойбердиева М.Ж. и др.* Современные методы диагностики абдоминального туберкулёза // *Новый день в медицине*, 2019. № 4. С. 358-360.
- 15 *Abdovakilov J. & Rizaev J.*, 2019. Characteristic Features of Hemostasis System Indicators in Patients with Inflammatory Periodontal Diseases Associated with Metabolic Syndrome. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*. 7(4), 13–15. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21276/jamdsr/> (дата обращения: 22.09.2020).
- 16 *Dusmukhamedov M.Z., Rizaev J.A., Dusmukhamedov D.M., Khadjimetov A. & Yuldashev A.*, 2020. Compensator-adaptive reactions of patients' organism with gnathic form of dental occlusion anomalies. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 24 (02), 2142–2155. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://doi.org/10.37200/ijpr/v24i4/pr201325/> (дата обращения: 22.09.2020).
- 17 *Gaybullaev E., Rizaev J.A., Vasiliev A.Y., Gaybullaeva Z.K. & Abdullaev B.S.*, 2020. Evaluation of retrospective analysis of surgical treatment of inflammatory and dystrophic periodontal lesions according to the data of the department of dental surgery at the Tashkent state dental institute. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24 (4), 2195–2200. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://doi.org/10.37200/IJPR/V24I4/PR201329/> (дата обращения: 22.09.2020).
- 18 *Rizayev J.A., Bekjanova O., Rizaev E., Bottenberg P.* Incidence of Dental caries in children with Herpetic Stomatitis// 64th ORCA Congress, July 5-8, 2017. Oslo. Norway. P. 198-199.
- 19 *Rizayev J.A., Khudanov B.O.* Primary prevention of dental caries in children // *Belt&Road Joint Development Forum in Dentistry/Stomatology*, September 21, 2017. Shanghai. China. P. 41-43.