

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОСТИ РТА, ЯЗЫКА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Курьязов А.К.¹, Юлдашев Ф.Ф.², Турсунов Ш.С.³

¹Курьязов Акбар Курамбаевич - кандидат медицинских наук, доцент;

²Юлдашев Фаррух Фархадович – ассистент;

³Турсунов Шихназар Сапарбаевич – ассистент,
кафедра стоматологии,

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

Аннотация: туберкулез полости рта возникает с лимфой или током крови. Слизистая оболочка ротовой полости – это далеко не самая благоприятная среда для развития и размножения микобактерий, вызывающих туберкулёз. Как правило, попадая в эту среду, микобактерии гибнут. Однако при наличии благоприятных обстоятельств (микротравмы, механические повреждения в ротовой полости, открывающие ворота для инфекции), бактерии проникают внутрь и провоцируют образование туберкулёзной язвы

Ключевые слова: системная красная волчанка, пульс-терапия, милиарный туберкулез, туберкулезный менингит, противотуберкулезная терапия.

CLINICAL OBSERVATION OF THE COURSE OF TUBERCULOSIS OF THE ORAL CAVITY, TONGUE IN SYSTEMIC LUPUS RED

Kuryazov A.K.¹, Yuldashev F.F.², Tursunov S.S.³

¹Kuryazov Akbar Kurambaevich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor;

²Yuldashev Farrukh Farhadovich – Assistant;

³Tursunov Shikhnazar Saparbaevich – Assistant,

DEPARTMENT OF DENTISTRY,

URGENCH BRANCH TASHKENT MEDICAL ACADEMY,

URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: tuberculosis of the oral cavity occurs with lymph or blood flow. The mucous membrane of the oral cavity is far from the most favorable environment for the development and reproduction of mycobacteria that cause tuberculosis. As a rule, getting into this environment, mycobacteria die. However, in the presence of favorable circumstances (microtrauma, mechanical damage in the oral cavity, opening the gates for infection), bacteria penetrate inside and provoke the formation of a tuberculous ulcer

Keywords: systemic lupus erythematosus, pulse therapy, miliary tuberculosis, tuberculous meningitis, anti-tuberculosis therapy.

По данным ученых, частота развития туберкулеза у пациентов при системной красной волчанке зависит от уровня распространения туберкулеза в исследуемых популяциях. Результаты 20 проспективных, ретроспективных когортных и случай-контроль исследований, выявленных в базах данных PubMed и Cochrane, констатируют, что в странах с низким уровнем заболеваемости туберкулезом коморбидность двух заболеваний не достигает и 2% (США 0%, Греция 0,6%, Франция и Испания 1,35%), с умеренной и высокой – 3,1–16,7% [1]. При этом в некоторых популяциях ежегодная заболеваемость туберкулезом среди пациентов с СКВ достигает уровня 150 на 100 000 пациентов в Турции и 2 450 на 100 000 пациентов в Индии [2, 3]. Подобная зависимость объяснима врожденной и приобретенной иммунологической дисфункцией больных, страдающих СКВ. Многие иммунологические дефекты, описанные при СКВ (снижение альвеолярной функции макрофагов, количества и функционирования Т-клеток, В-клеток и естественных киллеров, хемотаксической и фагоцитарной активности нейтрофилов, дендритных клеток, замедленные реакции гиперчувствительности), будут способствовать как активации латентной туберкулезной инфекции, так и быстрому развитию заболевания при инфицировании микобактериями туберкулеза (МБТ) [4, 5]. В основном преобладают милиарные до 50% случаев формы туберкулеза. Особенности туберкулеза при СКВ являются высокая частота внелегочных форм [6, 7]. Большая распространенность туберкулезной инфекции у больных с СКВ объясняется иммунными нарушениями. На основании результатов обследования проконсультирована фтизиатром, где данных за активный туберкулез не выявлено. Таким образом, из клиник выписана с рекомендациями при болях в суставах постоянно принимать ұлафру 20 мг, метипред 4 мг и нестероидные противовоспалительные средства. Для уточнения объема базисной терапии СКВ повторить госпитализацию через 6 мес. Треть г. у пациентки возникли частый жидкий стул, повышение температуры тела до 39 °С, головные боли [8, 9]. В порядке скорой медицинской помощи доставлена в ревматологическое отделение клиник, где проводилась дезинтоксикационная терапия, на фоне которой отмечалась положительная клиническая динамика. Состояние резко ухудшилось, температура тела повысилась до 40 °С, появилась заторможенность сознания,

усилился частый жидкий стул, в связи с чем была переведена в отделение анестезиологии и реанимации. На фоне антибактериальной терапии цефотаксим 1,0 два раза в день, метронидазол 500 мг, ципрофлоксацин 200 мг два раза в день самочувствие не улучшилось. Проведены ультразвуковое исследование органов брюшной полости, рентгенография органов брюшной полости, узофагогастродуоденоскопия, консультация хирурга. Острая патология органов брюшной полости исключена. После получения резко положительных результатов антиядерных антител выставлен диагноз: системная красная волчанка, подострое течение – церебральный васкулит, лихорадка, полиартрит, гепатоспленомегалия, лейкопения, тромбоцитопения, анемия, положительные антиядерные антитела. По решению врачебной комиссии была назначена пульс-терапия метипредом 1000 мг № 3. После первого введения отмечалась положительная динамика, но через два дня состояние резко ухудшилось, вновь появились фебрильная температура тела, головные боли, ригидность затылочных мышц, усилились боли в животе, в мышцах. Выполнена люмбальная пункция, получен розоватый, слабо-мутный ликвор в количестве 2,5 мл. Данные клинического и биохимического анализов: белок 3,04 г/л, цитоз 96 клеток в 1 мкл, уритроциты в большом количестве в 1 мкл, нейтрофилы 92%, лимфоциты 2%, моноциты 6%, глюкоза 1,7 ммоль/л. Мультиспиральная компьютерная томография головного мозга от 11.05.2016 выявила очаговые изменения в медиальных отделах левой гемисферы головного мозга. В этот момент была заподозрена специммуносупрессивной терапии, особенно высокими дозами [10, 11]. Предрасполагающими факторами развития туберкулезного процесса у больных СКВ являются наличие латентной туберкулезной инфекции, длительность СКВ и поражение почек [12]. Несмотря на хорошо изученные особенности коморбидности двух заболеваний, характерна поздняя диагностика туберкулеза вследствие атипичной локализации и стертой клинической картины на фоне глюкокортикоидной терапии [13, 14]. 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 [15, 16]. 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 [17, 18]. 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 [19, 20]. Количество выделяемых больным микобактерий, тесноты и длительности контакта, соблюдение мер индивидуальной профилактики, предшествующего состояния здоровья, состояния защитных сил организма [21, 22]. Антисанитарные бытовые привычки (употребление общей посуды, общей зубной щетки и других предметов личной гигиены) способствуют распространению туберкулезной инфекции [23, 24].

Туберкулез в полости рта – редкое заболевание, так как слизистая оболочка рта маловосприимчива к микобактериям туберкулеза наблюдается у 0,4% взрослых стационарных больных активным туберкулезом легких [25, 26].

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 [27, 28]. Чрезвычайно редко наблюдается колликативный туберкулез [29, 30]. Туберкулезная волчанка. Это наиболее частое туберкулезное заболевание слизистой оболочки рта возникает у людей с хорошей реактивностью по отношению к возбудителю. Оно поражает преимущественно кожу лица. Нередко процесс с кожи носа распространяется на кожу верхней губы, красную кайму губ и слизистую оболочку рта. Может быть и изолированное поражение красной каймы верхней губы. Волчаночный процесс только на слизистой оболочке рта встречается реже. Наиболее частая локализация туберкулезной волчанки в полости рта – верхняя губа, десна и альвеолярный отросток верхней челюсти в области фронтальных зубов, твердое и мягкое небо. Первичный элемент поражения — специфический туберкулезный бугорок люпома, 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 малоболезненными 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-гнойнными корками, после удаления, которых обнажаются язвы. Возникают болезненные трещины на губах. 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.

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. Милиарно-язвенный туберкулез. На слизистой оболочке рта он 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. Среди больных туберкулезом около 1% имеют туберкулезные поражения полости рта. 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. Поэтому локализуются язвы в местах наибольшей травмы. Это чаще всего слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов, спинка и боковые поверхности языка, мягкое небо. Количество язв обычно 1—3.

Вначале образуется небольшая, как правило, очень болезненная язва, которая растет по периферии, достигая иногда больших размеров. Язва обычно неглубокая, с неровными подрытыми мягкими краями. 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. Внешний вид больного исхудание, одышка, потливость, повышение температуры тела, изменения в анализе крови часто наводят на мысль о тяжелом общем заболевании. Реакция Пирке часто отрицательная. В соскобах с язв при цитологическом исследовании находят гигантские клетки Пирогова — Лангханса и эпителиоидные клетки, нередко удается обнаружить бациллы Коха.

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. Лечение у врача-стоматолога направлено на обучение гигиеническому уходу за полостью рта, устранению травмирующих факторов, лечение зубов и пародонта. Применяются антисептическая обработка язв и всей полости рта против вторичной инфекции, обезболивающие аппликации и ротовые ванночки, мазевые повязки, противотуберкулезные препараты.

Применяемые при стоматологическом лечении аэрозоли, часто являются ключом к передаче туберкулеза, и человек может легко заразиться легочным туберкулезом при данном пути передачи инфекции. Предотвращение передачи туберкулеза включает меры по предотвращению вдыхания ингаляций зараженного воздушно-капельного материала, обычно зараженных капель, выдыхаемых или появляющихся при кашле больного (инфицированного).

Вне организма туберкулезная палочка может существовать недолго, в то время как точка термической смерти палочки при 60 °С — 15 минут: она может быть легко убита методом горячей дезинфекции (кипячение водой) или стерилизацией под давлением пара автоклавирование. Пользование фаянсовой посудой, столовыми приборами и льняным постельным бельем туберкулезными больными не является фактором заражения: туберкулезные палочки убиваются при стирке в горячей воде с детергентами. Применение новейших методов лечения туберкулеза является основным в профилактике туберкулезных поражений челюстно-лицевой области, и слизистой оболочки рта.

Список литературы / References

1. Рахимова Г.К. Анализ заболеваемости студентов в процессе обучения и влияние на успеваемость. Журнал Вестник науки и образования. 2023 год. - 4(135) – стр. 105-108.
2. Машарипов О.О., Бекчанов Б.Г. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПОДРОСТКОВ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ. Журнал Вестник науки и образования. 2022 год - №6(126) июнь – стр. 84-86.
3. Машарипов О.О., Бекчанов Б.Г. ПЕДИАТРИЯ В ОВЛАДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ КОМПЕТЕНЦИЯМИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ / Журнал Вестник науки и образования. 2022 год - №9(129) – стр. 84-86.
4. Машарипов О.О., Бекчанов Б.Г. ОПАСНОСТЬ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ / Журнал наука, техника и образование №1(76) – 2021 год – стр. 40-42.
5. Аскарова Р.И. Эффективность применения арт - терапии у детей, больных туберкулезом. in Library, 2021 - (№4), С. 6–9.

6. *Аскарова Р.И.* Психоэмоциональные расстройства при туберкулезе в условиях пандемии covid-19. in Library, 2021 год, 21(№2), С. 435–440.
7. *Аскарова Р.И.* Анализ нежелательных явлений на противотуберкулезные препараты у больных туберкулезом в Хорезмской области. in Library, 21(2), С. 61–65.
8. *Аскарова Р.И.* Выявление основных факторов распространения туберкулёза среди населения Хорезмской области. in Library, 2022 год - (№2), С. 42–44.
9. *Аскарова Р.И.* ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧЕК В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ / Журнал вестник врача, 2020 год - 1(№3), стр.16–19.
10. *Аскарова Р.И.* Морфологические особенности и гистология туберкулезной палочки. in Library, 2022 год - №1, стр. 138–141.
11. *Аскарова Р.И.* Своевременная диагностика кашля при бронхолегочных заболеваниях и туберкулезе легких. Современные проблемы охраны окружающей среды и общественного здоровья, 2023 год - 1(1), стр. 207–213.
12. *Аскарова Р.И., Поляков К., Акулина Ю.* A Capillary Electrophoretic Method for the Analysis of Bupivacaine and Its Metabolites. in Library, 20(2), P. 668–676.
13. *Аскарова Р.И.* Меры усиления борьбы с туберкулезом в Хорезмском регионе / Журнал кардиореспираторных исследований, 2022 год - 2(3), стр. 45–48.
14. *Аскарова Р.И.* Роль генетических факторов в развитии туберкулеза у больных. Журнал биомедицины и практики, 2021 год - том 6, №3(3/1), стр. 435–439.
15. *Аскарова Р.И.* Задания для самостоятельной работы и контроля знаний студентов по детской фтизиатрии. 2020 г. Москва Инфра-М. Znanium.com. ISBN 978-5-16-016131-0; Стр. 42-59.
16. *Аскарова Р.И.* Туберкулез почек в Хорезмской области. Журнал вестник врача, 2020 г. - 1(3), стр. 16–19. ISSN 2181-466x.
17. *Аскарова Р.И.* Мониторинг заболеваемости детей первичным туберкулезом в Хорезмской области. Журнал Re-health journal 2021 г., №2(10) – стр. 238-242. ISSN 2181-0443.
18. *Аскарова 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.
19. *Аскарова Р.И.* Gen-Expert исследование в диагностике деструктивного туберкулеза легких. Журнал Наука, техника и образование 2021 г. - №1 (76) – стр. 45.
20. *Аскарова Р.И.* Социально-значимый туберкулез у детей дошкольного возраста. Журнал Наука, техника и образование 2023 г. - №1 (84) – стр. 82-85.
21. *Аскарова Р.И.* Своевременная диагностика острых респираторных инфекций у детей и подростков а Хорезмском регионе. Журнал Вестник науки и образования. №1(132) – стр. 82-85.
22. *Аскарова Р.И.* Проблемы обучения студентов высших учебных заведений в период пандемии covid-19. Журнал Академия. №1(74). ISSN 2412-8236, стр. 58-61.
23. *Аскарова Р.И.* Проблема деструктивного туберкулеза с множественно-устойчивыми формами на современном этапе в Хорезмской области . Журнал кардиореспираторных исследований, Special issue S1-1.1; 2022 год – стр. 220-224; Doi10.26739/2181-0974.
24. *Аскарова Р.И.* В фтизиатрии Арт терапия как наилучший метод лечения в работе с детскими проблемами. Журнал кардиореспираторных исследований, 2022 год Special issue S1-1.1. Стр. 496-499. Doi10.26739/2181-0974.
25. *Киличева Т.А.* ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 / Журнал Вестник науки и образования. 2023 год - 1(132) часть 1 – стр. 91-94.
26. *Киличева Т.А.* САНИТАРНАЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАПИТКА КУМЫС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛАБЛЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИАРАЛЬСКОГО РЕГИОНА / Журнал Вестник науки и образования. 2023 год - 2(133) – стр. 87-90.
27. *Киличева Т.А.* ПРИМЕНЕНИЕ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТА СУСТАВОВ У ПОДРОСТКОВ. Наука, техника и образование. №1(89) – стр. 93-96.
28. *Киличева Т.* Особенности ухода, диагностики и лечения пациентов, болеющих туберкулезом у лиц пожилого возраста, страдающих психическими расстройствами. Современные проблемы охраны окружающей среды и общественного здоровья, 1(1), С. 214–220.
29. *Собирова Ш.И.* ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ КУМЫСОТЕРАПИЕЙ / Журнал Вестник науки и образования. 2023 год - №3(134) март – стр. 135-137.
30. *Хасанова М.Ф.* ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СПОРТА СРЕДИ СТУДЕНТОВ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ УРГЕНЧСКОГО ФИЛИАЛА. Журнал Наука, техника и образование 2023 г. - 1(89) – стр. 83-86.