

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, МИНДАЛИН И ГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХОРЕЗМСКОМ РЕГИОНЕ

Курьязов А.К.¹, Курьязов Ш.А.², Нурметова Д.Ш.³

¹Курьязов Акбар Курамбаевич - кандидат медицинских наук, доцент;

²Курьязов Шохрух Акбарович – ассистент;

³Нурметова Дилфуза Шухратовна – ассистент,

кафедра стоматологии,

Ургенчский филиал Ташкентская медицинская академия,

г. Ургенч, Республика Узбекистан

Аннотация: В Хорезмском областном противотуберкулезном диспансере туберкулез полости рта, миндалин одна из редких форм. Туберкулезное поражение глотки полости рта, миндалин возникает у больных хроническим деструктивным туберкулезом легких. Массивное выделение микобактерий туберкулеза с мокротой наблюдается при лабораторной диагностике. Также туберкулез полости рта, миндалин глотки может быть проявлением первичного туберкулеза легких. Диагностику необходимо устанавливать с учетом анамнеза. Также на основании морфологических и бактериологических исследований, клинических данных, результатов рентгенологического исследования легких.

Ключевые слова: туберкулез, туберкулезное поражение глотки, население, заболеваемость, болезнь, лечение.

MEDICAL TACTICS FOR PRIMARY TUBERCULOSIS OF THE ORAL CAVITY, TONSILS AND PHARYNX IN PATIENTS LIVING IN THE KHOREZM REGION

Kuryazov A.K.¹, Kuryazov Sh.A.², Nurmetova D.Sh.³

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

²Kuryazov Shokhrukh Akbarovich – Assistant;

³Nurmetova Dilfuza Shukhratovna – Assistant,

DEPARTMENT OF DENTISTRY,

URGENCH BRANCH TASHKENT MEDICAL ACADEMY,

URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: tuberculosis of the oral cavity, tonsils is one of the rare forms in the Khorezm regional tuberculosis dispensary. Tuberculous lesion of the pharynx of the oral cavity, tonsils occurs in patients with chronic destructive pulmonary tuberculosis. Massive isolation of Mycobacterium tuberculosis with sputum is observed during laboratory diagnostics. Also, tuberculosis of the oral cavity, tonsils of the pharynx may be a manifestation of primary pulmonary tuberculosis. The diagnosis must be established taking into account the anamnesis. Also on the basis of morphological and bacteriological studies, clinical data, results of X-ray examination of the lungs.

Keywords: tuberculosis, tuberculous pharyngeal lesion, population, morbidity, disease, treatment.

Туберкулез полости рта — специфическое инфекционное заболевание, развивающееся на фоне сниженной резистентности при внедрении в организм микобактерий туберкулеза [1]. Туберкулезную волчанку относят к наиболее часто диагностируемой форме туберкулеза полости рта [2]. Ее выявляют у 18-35% больных. Сегодня в учреждениях тюрем содержится 35 тыс. больных туберкулезом. Ежегодно более 4 тыс. больных туберкулезом выявляется на уровне следственных изоляторов [3, 4]. По оценкам 2021 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 2021 гг. смертность от туберкулеза снизилась на 45 % [5]. Возбудителем туберкулеза является бактерия *Mycobacterium tuberculosis*, которая чаще всего поражает легкие и передается воздушно-капельным путем [6]. Около одной трети населения мира имеют латентный туберкулез [7]. Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза палочка Коха [8].

Микобактерии туберкулёза чрезвычайно устойчивы к факторам внешней среды, химическим и физическим воздействиям [9]. Вне живого организма они остаются жизнеспособными в течение многих месяцев, особенно во влажных и тёмных помещениях [10]. В настоящее время выделяют основных разновидности туберкулеза, способных вызывать заболевания человека и теплокровных животных – человеческий, бычий, птичий и мышинный [11]. 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 [12]. В отдельных случаях заражение может произойти и от больных туберкулезом животных, в первую очередь от крупного рогатого скота [13]. Возможное заражение туберкулезом зависит от многих причин: количества выделяемых большим микобактерий, тесноты и длительности контакта, соблюдение мер индивидуальной профилактики, предшествующего состояния здоровья, состояния защитных сил организма [14]. Антисанитарные бытовые

привычки употребление общей посуды, общей зубной щетки и других предметов личной гигиены способствуют распространению туберкулезной инфекции [15]. 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 [16]. 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 колликативный туберкулез скрофулодерма [17]. Туберкулезная волчанка наиболее частое туберкулезное заболевание слизистой оболочки рта возникает у людей с хорошей реактивностью по отношению к возбудителю [18]. Оно поражает преимущественно кожу лица [19]. Нередко процесс с кожи носа распространяется на кожу верхней губы, красную кайму губ и слизистую оболочку рта [20]. Может быть и изолированное поражение красной каймы верхней губы [21]. Волчаночный процесс только на слизистой оболочке рта встречается реже [22]. Наиболее частая локализация туберкулезной волчанки в полости рта – верхняя губа, десна и альвеолярный отросток верхней челюсти в области фронтальных зубов, твердое и мягкое небо [23]. Первичный элемент поражения — специфический туберкулезный бугорок (люпома), мягкий, красного или желто-красного цвета диаметром 1—3 мм. Бугорки располагаются группами [24]. Они растут по периферии очага, а в центре его легко разрушаются приводя к появлению язв с мягкими малоблезненными 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 [25]. 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 [26]. 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 [27]. В язвах бактерии Коха обнаруживаются очень редко даже при многократных исследованиях [28]. У больных с длительно текущим волчаночным процессом развиваются на месте поражения гладкие блестящие рубцы [29]. При локализации на губе они сильно ее деформируют, что приводит к затруднению приема пищи, искажению речи [30]. 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 бактериями 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 бактерии 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. Отходы и белье должны храниться обычным способом, с необходимыми мерами предосторожности указанными в универсальных и общих мерах по профилактике заражений. При сборе анамнестических данных у больных, обратившихся в стоматологическую поликлинику, надо обращать внимание на наличие заболеваний органов дыхания ОРЗ, бронхиты, воспаление легких, плеврит, а до начала лечения направить больных на прохождение флюорографии, на обследование и диагностику в противотуберкулезный диспансер. В качестве мер защиты можно рекомендовать пациентам при плановом посещении врача-стоматолога представление результатов флюорографического осмотра. Осмотр полости рта у больных активной формой туберкулеза и оказание им стоматологической помощи следует проводить не ранее чем через 2—4 месяца от начала специфической химиотерапии (отсутствует бактериовыделение) и по направлению врача-фтизиатра (после снятия симптомов интоксикации и при нормальной температуре тела).

Применение современных методов лечения туберкулеза является основным в профилактике туберкулезных поражений челюстно-лицевой области.

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. *Аскарлова Р.И.* Эффективность применения арт - терапии у детей, больных туберкулезом . in Library, 2021 - (№4) – С. 6–9.
6. *Аскарлова Р.И.* Психоэмоциональные расстройства при туберкулезе в условиях пандемии covid-19. in Library, 2021 год, 21(№2), С. 435–440.
7. *Аскарлова Р.И.* Анализ нежелательных явлений на противотуберкулезные препараты у больных туберкулезом в Хорезмской области. in Library, 21(2), С. 61–65. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/19668/> (дата обращения: 18.05.2023).
8. *Аскарлова Р.И.* Выявление основных факторов распространения туберкулёза среди населения Хорезмской области. in Library, 2022 год - (№2), С. 42–44. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/19665/> (дата обращения: 11.05.2023).
9. *Аскарлова Р.И.* ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧЕК В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ. Журнал вестник врача, 2020 год - 1(№3), стр. 16–19. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/1999/ (дата обращения: 19.05.2023).
10. *Аскарлова Р.И.* Морфологические особенности и гистология туберкулезной палочки . in Library, 2022 год - (№1), стр.138–141. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/19673/> (дата обращения: 19.05.2023).
11. *Аскарлова 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. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://inlibrary.uz/index.php/environmental-protection/article/view/19652/> (дата обращения: 10.05.2023).
12. *Аскарлова Р.И., Поляков К., Акулина Ю.А.* Capillary Electrophoretic Method for the Analysis of Bupivacaine and Its Metabolites . in Library, 20(2), P. 668–676. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/19666> A capillary electrophoretic method for the analysis of bupivacaine and its metabolites/ (дата обращения: 15.05.2023).
13. *Аскарлова Р.И.* Меры усиления борьбы с туберкулезом в Хорезмском регионе. Журнал кардиореспираторных исследований, 2022 год - 2(3), стр. 45–48.
14. *Аскарлова 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. *Аскарлова 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. *Аскарлова 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 2181-044.
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.