

ТУБЕРКУЛЕЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБЫ

Дусчанова Д.И.

*Дусчанова Дилноза Исмаиловна – студент,
стоматологический факультет,
Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы,
г. Москва*

Аннотация: туберкулез заразное инфекционное заболевание, возбудителем которого является палочка Коха. Туберкулезное поражение слизистой оболочки рта и красной каймы губ встречается редко. И возникает при наличии туберкулезного процесса в легких, лимфатических узлах или костях.

Ключевые слова: туберкулез, стоматология, слизистая оболочка полости рта, красная кайма губы, поражение.

TUBERCULOUS LESION OF THE ORAL MUCOSA AND THE RED BORDER OF THE LIP

Duschanova D.I.

*Duschanova Dilnoza Ismailovna – student,
FACULTY OF DENTISTRY,
PEOPLES' FRIENDSHIP UNIVERSITY OF RUSSIA NAMED AFTER PATRICE LUMUMBA,
MOSCOW*

Abstract: tuberculosis is a contagious infectious disease caused by Koch's bacillus. Tuberculous lesions of the oral mucosa and the red border of the lips are rare. And it occurs in the presence of a tuberculous process in the lungs, lymph nodes or bones.

Keywords: tuberculosis, dentistry, oral mucosa, red lip border, medicine, tuberculosis of oral, tuberculosis of lungs.

УДК 616.002.05

Микобактерии туберкулеза попадают на слизистую оболочку рта чаще всего гематогенным или лимфогенным путем из первичного туберкулезного очага [1]. Слизистая оболочка рта, благодаря выраженной резистентности, является неблагоприятной средой для размножения микобактерий туберкулеза [2]. Первичный туберкулез в полости рта взрослых людей практически не встречается, крайне редко бывает у маленьких детей [3]. На слизистой оболочке рта и красной каймы губ вторичная туберкулезная инфекция проявляется обычно в виде туберкулезной волчанки и милиарно-язвенного туберкулеза [4]. Крайне редко может наблюдаться скрофулодерма [5]. *Mycobacterium tuberculosis* — это грамположительная кислотоустойчивая аэробная палочка, впервые идентифицированная и описанная Робертом Кохом [6]. Резервуаром бацилл туберкулеза являются люди и крупный рогатый скот [6]. Микроорганизмы передаются воздушно-капельным путем, реже при употреблении непастеризованного коровьего молока, зараженного микобактериями [7, 8]. Только у нескольких процентов инфицированных развивается активное заболевание вскоре после первоначального контакта с бациллами туберкулеза (первичный туберкулез) [9]. Туберкулез обычно протекает во вторичной форме в результате реактивации латентной инфекции [10]. Подсчитано, что около 1/3 населения земного шара поражено *M.tuberculosis*, однако это в основном бессимптомные инфекции [11, 12]. Инфекция становится латентной, когда часть вдыхаемых бацилл переживает атаку макрофагов после достижения легочных альвеол [13, 14]. Туберкулезные палочки могут оставаться в состоянии покоя в течение нескольких лет [15, 16]. Туберкулез как опасное для жизни состояние до сих пор считается актуальной проблемой [17]. По данным ВОЗ, ежегодно в мире возникает около 8 млн новых случаев туберкулеза и около 2,9 млн смертей, связанных с этим заболеванием [18, 19]. Факторами, способствующими распространению туберкулеза, как легочной, так и внелегочной формы, являются: эпидемия ВИЧ, более высокая продолжительность жизни, рост бедности, проблемы биологии и медицины [20]. К другим предрасполагающим факторам относятся длительная иммуносупрессивная терапия, сахарный диабет, алкоголизм и наркомания, лимфомы и другие злокачественные опухоли. Туберкулез чаще встречается у мужчин, чем у женщин, и чаще поражает людей из более низких социально-экономических групп. Чаще всего наблюдается туберкулез легких, но могут поражаться все части тела, включая ротовую полость. Внелегочный ТБ имеет тенденцию чаще возникать у людей с ослабленным иммунитетом, у детей и пожилых людей, у пациентов, инфицированных ВИЧ, после трансплантационных процедур, при длительном лечении стероидами. Изменения чаще всего обнаруживаются в плевре, лимфатических узлах, костях, мочеполовой системе, коже и центральной нервной системе. Полость рта также может быть поражена. Оральный туберкулез может быть первичным или вторичным. Вторичная форма наблюдается чаще первичной. Оральный очаг инфекции *M.tuberculosis* может возникать в результате аутоинфицирования из

мокроты, но возможен и гематогенный или лимфатический путь передачи. Другие местные предрасполагающие факторы включают плохую гигиену полости рта, нарушения гиперкератоза, такие как лейкоплакия, воспаление слизистой оболочки полости рта или даже удаление зубов. Патологические поражения при туберкулезе полости рта могут возникать на любом участке слизистой оболочки. Сообщается, что они чаще всего обнаруживаются на языке, за которым следуют слизистая оболочка губ (часто в месте контакта половых губ), твердое небо, десны и слизистая оболочка щек по частоте. Однако первичный туберкулез полости рта, который встречается реже, проявляется преимущественно на слизистой оболочке десен или щек. В клинике язвы являются наиболее частыми проявлениями туберкулеза в полости рта. При первичном туберкулезе безболезненная язва сопровождается локальным увеличением (поднижнечелюстных, подбородочных и шейных) лимфатических узлов. Эта форма заболевания обычно возникает у детей, тогда как вторичная форма чаще наблюдается в среднем и пожилом возрасте. Изъязвления при вторичном туберкулезе вызывают сильную боль. Болезненные изменения могут мешать речи и приему пищи и часто вызывают гиперсаливацию. Лимфатические узлы могут быть непальпируемыми или увеличенными, с тенденцией к их размягчению в далеко зашедшей стадии заболевания. Туберкулезные язвы обычно одиночные, но могут встречаться и множественные изменения. Высыпания поверхностные или глубокие, овальные или продолговатые, а их центральная часть, покрытая некротизированной тканью, может образовывать впадины глубиной несколько миллиметров. Края поражения неровные, подрытые, уплотненные, неровные. На слизистой оболочке щек обнаруживается крупное овальное туберкулезное изъязвление. Язва покрыта желтоватым экссудатом и имеет слегка подрытые края. Окружающая слизистая оболочка рта воспалена. Туберкулезные изъязвления сохраняются длительное время, не имеют тенденции к заживлению и медленно увеличиваются в размерах. Хотя чаще всего встречается собственно язвенная форма туберкулеза полости рта, она также может проявляться в виде люпоидной формы, которая наблюдается реже. При этой форме на воспаленном основании появляются розоватые или желтоватые гранулы. Эйрд разработал классификацию орального туберкулеза, основанную на пяти различных изменениях полости рта: язвы, туберкулемы (гранулы, которые разрушаются, образуя изъязвления), туберкулезные трещины, бугорковые папилломы (разрастания краев туберкулезной трещины) и холодные абсцессы. Помимо язв, в литературе иногда выделяют другие формы туберкулеза полости рта: узелки или папулы, трещины, тканевые разрастания или инфильтраты, периапикальные гранулемы. При туберкулезном воспалении костей и остеомиелите часто возникают внеротовые свищи. Следует подчеркнуть, что оральные проявления туберкулеза заразны. Туберкулезные язвы стойкие, длятся более 3 недель, не реагируют на местное лечение и обычно одиночные и болезненные, в отличие от сифилитических язв, которые безболезненны, с гладкими, но уплотненными краями. Плоскоклеточный рак, проявляющийся изъязвлением, развивается медленно, чем при туберкулезе. Он может иметь форму нароста в форме цветной капусты. Края плотные, приподнятые, пальпируется инфильтрация тканей. Первоначально изъязвления не вызывают боли и склонны к кровотечениям. Язвы в полости рта чаще всего возникают в результате травм. Травматические поражения болезненны, окружены воспаленным кольцом и заживают при устранении раздражителя или при проведении противовоспалительного лечения. Множественные, болезненные и рецидивирующие язвы могут указывать на афты Саттона или некоторые слизисто-кожные заболевания. кашель. Они заживают после длительной противогрибковой терапии. При подозрении на туберкулез полости рта диагноз ставится на основании тщательно собранного анамнеза, который включает общие и местные симптомы, а также другие жалобы больного. Важно учитывать симптомы, помогающие дифференцировать оральный ТБ от других состояний, при которых он также присутствует, т. е. лихорадку, увеличение лимфатических узлов, кожные изменения, желудочно-кишечные расстройства, хронический кашель, чрезмерную утомляемость. Окончательный диагноз подтверждается рядом дополнительных исследований. При каждой язве полости рта длительностью более 3 недель требуется инцизионная биопсия. Гистопатологическая оценка может выявить наличие гранулематозной воспалительной инфильтрации с гигантскими клетками Лангханса и лимфоцитами. Окрашивание мазка мокроты по Цилю-Нильсену на кислотоустойчивые бактерии может быть положительным. У каждого больного с подозрением на туберкулез обязательна рентгенография органов грудной клетки в задне-передней и боковой проекциях. Это также может указывать на перенесенную инфекцию или введение вакцины БЦЖ. В последнее время вместо пробы Манту используются тесты на высвобождение интерферона- γ (IGRA) из-за их более высокой чувствительности и специфичности. На них не влияет вакцинация БЦЖ. В сомнительных случаях могут помочь молекулярные тесты. Туберкулез ротовой полости редкое заболевание, которое трудно диагностировать и лечить. У некоторых пациентов оральные проявления могут быть единственными признаками заболевания, поэтому стоматолог или дерматолог могут первым заподозрить ТБ. Немедленное обращение больного к специалисту и своевременное лечение приводят к полному выздоровлению, уменьшают количество осложнений в течении туберкулеза и помогают контролировать распространение этого потенциально летального заболевания. Изучая литературные источники мы нашли мало данных о состоянии ротовой полости только при заболевании туберкулеза лёгких и туберкулеза полости рта, не было найдено литературных данных о состоянии ротовой полости при болезни туберкулеза костей.

1. *Аскарова Р.И.* ТОКСИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ И ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ / Интеграция теории и практики в медицине: достижения и перспективы // Кемерово. – 2022. – Т. 28. – С. 17-23.
2. *Аскарова Р.И.* РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И ТЕРАПИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии / 2024 год - стр.76-86.
3. *Аскарова Р.* Роль генетических факторов в развитии туберкулеза у больных // Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 1. – №. 3/1. – С. 435-439.
4. *Аскарова Р.И.* МЕРЫ УСИЛЕНИЯ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ХОРЕЗМСКОМ РЕГИОНЕ // Journal of cardiorespiratory research. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 45-48.
5. *Аскарова Р.* Своевременная диагностика кашля при бронхолегочных заболеваниях и туберкулезе легких // Современные проблемы охраны окружающей среды и общественного здоровья. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 207-213.
6. *Аскарова Р.И.* Проблемы обучения студентов высших учебных заведений в период пандемии covid-19 // Academy. – 2023. – №. 1 (74). – С. 58-61.
7. *Аскарова Р.И.* Анализ эпидемиологических показателей туберкулеза в Хорезмской области // Наука, образование и культура. – 2024. – №. 2 (68). – С. 41-43.
8. *Аскарова Р.И.* ЗАРАЖЕНИЕ ЛЮДЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОТ КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ // International scientific review. – 2023. – №. ХСП. – С. 26-28; DOI 10.24411/2542-0798-2023-19203.
9. *Аскарова Р.И.* Главные опасности заражения людей туберкулезом от домашних животных // European research. – 2023. – №. 3 (81). – С. 57-61.
10. *Аскарова Р.И.* Эффективность Арт терапии в борьбе с стрессом детей, больных туберкулезом / Арт терапия Фундаментальные и прикладные научные исследования. Актуальные вопросы достижения и инновации. Кемерово – 2024 г. – стр. 31-39.
11. *Аскарова Р.И., Рахимов А.К.* АРТ-ТЕРАПИЯ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА // «YOSH OLIMLAR TIBBIYOT JURNALI» TASHKENT MEDICAL ACADEMY «MEDICAL JOURNAL OF YOUNG SCIENTISTS» ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ. – С. 151. / mjys-tma.uz /
12. *Аскарова Р.И.* ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПРИАРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ // Проблемы современной науки и образования. – 2024. – №. 3 (190). – С. 30-34.
13. *Аскарова Р.И.* ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА УСПЕВАЕМОСТЬ И РЕЙТИНГ СТУДЕНТОВ // ЖУРНАЛ БИОЛОГИИ И ЭКОЛОГИИ. – 2023. – Т. 5. – №. 1. стр.13-17.
14. *Аскарова Р.И.* Основные меры профилактики и борьбы с туберкулезом среди населения Приаралья и Хорезмской области. Central Asian journal Medical and Natural Science - 5(1) – стр. 296-300.
15. *Рахимов А.К., Аскарова Р.И.* ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии / Редакционная коллегия выпуска 2023 год. – С. 322-328.
16. *Рахимова Г.К., Рахимов А.К., Аскарова Р.И.* КУМЫС В КАЧЕСТВЕ ЛУЧШЕГО ЛЕКАРСТВА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ // Интеграция теории и практики в медицине: достижения и перспективы – 2024. – С. 383-393.
17. *Рахимов А.К.* ГИГИЕНИЧЕСКИЙ И ДИЕТИЧЕСКИЙ РЕЖИМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКОГО / Наука и образование сегодня, 2024 г. - №4(81) – стр. 58-61.
18. *Шерметов У.Б., Сапарбаев С.Б.* Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу легких в Хорезмской области / Вестник науки и образования. 2024 год - №12(155) часть 3; стр. 117-121.
19. *Шерметов У.Б.* Очаги туберкулезной инфекции –источник заражения / European science – 2024 год - №4(72) – стр. 48-52.
20. *Хасанова М.Ф. и др.* Диагностика аллергического бронхита с иммунологическими изменениями у больных туберкулезом. European research №4(81) – стр. 33-37.