



Ризаев Жасур Алимжанович, Хазратов Алишер Исомиддинович, Абдуллаев Темурбек Зафарович Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

СИЛ КАСАЛЛИГИНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ СТОМАТОЛОГИК ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ

Ризаев Жасур Алимжанович, Хазратов Алишер Исомиддинович, Абдуллаев Темурбек Зафарович Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон республикаси, Самарканд ш.

THE IMPACT OF TUBERCULOSIS ON THE DENTAL STATUS OF THE ORAL CAVITY

Rizaev Jasur Alimjanovich, Khazratov Alisher Isamiddinovich, Abdullaev Temurbek Zafarovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Сил касаллиги - ҳар хил турдаги микобактериялар келтириб чиқарадиган одамлар ва ҳайвонлар орасида учрайдиган бутун дунё бўйлаб тарқалган юқумли касаллик ҳисобланади. Бу касаллик одатда ўпкага таъсир қилади, камдан-кам ҳолларда бошқа аъзолар ва тизимларга таъсир қилади. Баъзида оғиз бўшлиғи аъзолари зарарланади. Оғиз бўшлиғининг зарарланиши кам учрайди ва бирламчи сил касаллигини эрта таъхислаш ва аниқлаш учун жуда муҳимдир. Касалликни ўз вақтида аниқлаш беморларнинг касалланиши ва ўлимни камайтиради. Ушбу мақоланинг мақсади сил касаллигининг турли шаклларини ўрганишга бағишланган, адабиётларни ўрганиш асосида сил касаллиги ҳақида маълумот беришдир.

Калит сўзлар: Суюк сили, ўпка сили, оғиз бўшлиғи сили.

Abstract. Tuberculosis is a widespread infectious disease of humans and animals caused by various types of mycobacteria. This disease usually affects the lungs, rarely affecting other organs and systems. Sometimes it affects the organs of the mouth. Oral lesions are rare and critical for early diagnosis and detection of primary tuberculosis. Timely detection of the disease will reduce the morbidity and mortality of patients. The purpose of this article is to provide information about the disease of tuberculosis based on the study of literature devoted to the study of various forms of tuberculosis.

Keywords: Tuberculosis of bones, tuberculosis of lungs, tuberculosis of oral cavity.

Туберкулёз - хроническое инфекционное заболевание, вызываемое комплексом микобактерий туберкулеза. Этот комплекс состоит из *M.tuberculosis*, который является основным возбудителем туберкулеза, а также из *M.bovis*, *M.africanum* и *M. микроти* [1-3]. *Mycobacterium tuberculosis* — это грамположительная кислотоустойчивая аэробная палочка, впервые идентифицированная и описанная Робертом Кохом в 1882 году [4, 5]. Резервуаром бактерий туберкулеза являются люди и крупный рогатый скот [6]. Микроорганизмы передаются воздушно-капельным путем, реже при употреблении непастеризованного коровьего молока, зараженного микобактериями [3, 5-7]. Только у нескольких процентов инфицированных развивается активное заболевание вскоре после первоначального контакта с бактериями туберкулеза (первичный туберкулез) [5]. Туберкулез обычно протекает во вторичной фор-

ме в результате реактивации латентной инфекции [3, 5, 8]. Подсчитано, что около 1/3 населения земного шара поражено *M.tuberculosis*, однако это в основном бессимптомные инфекции [3, 8, 9]. Инфекция становится латентной, когда часть вдыхаемых бактерий переживает атаку макрофагов после достижения легочных альвеол. Туберкулезные палочки могут оставаться в состоянии покоя в течение нескольких лет, окруженные зернистой тканью [3, 5, 10].

Туберкулез как опасное для жизни состояние до сих пор считается актуальной проблемой [11]. По данным ВОЗ, ежегодно в мире возникает около 8 млн новых случаев туберкулеза и около 2,9 млн смертей, связанных с этим заболеванием [12, 13]. Факторами, способствующими распространению туберкулеза, как легочной, так и внелегочной формы, являются: эпидемия ВИЧ, более высокая продолжительность жизни, рост бедно-

сти [13]. К другим предрасполагающим факторам относятся длительная иммуносупрессивная терапия, сахарный диабет, алкоголизм и наркомания, лимфомы и другие злокачественные опухоли [2, 6, 17-19]. Туберкулез чаще встречается у мужчин, чем у женщин, и чаще поражает людей из более низких социально-экономических групп [6]. Чаще всего наблюдается туберкулез легких, но могут поражаться все части тела, включая ротовую полость [2, 6, 10, 13].

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 [9, 21]. Изменения чаще всего обнаруживаются в плевре, лимфатических узлах, костях, мочеполовой системе, коже и центральной нервной системе. Полость рта также может быть поражена [21].

Оральный туберкулез может быть первичным или вторичным. Вторичная форма наблюдается чаще первичной [2, 3, 7, 9]. Оральный очаг инфекции *M.tuberculosis* может возникать в результате аутоинфицирования из мокроты, но возможен и гематогенный или лимфатический путь передачи [2, 16, 23]. Другие местные предрасполагающие факторы включают плохую гигиену полости рта, нарушения гиперкератоза, такие как лейкоплакия, воспаление слизистой оболочки полости рта или даже удаление зубов [7, 20, 22, 25].

Патологические поражения при туберкулезе полости рта могут возникать на любом участке слизистой оболочки [1, 9]. 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 [2, 6, 13, 15, 18, 26-30]. Однако первичный туберкулез полости рта, который встречается реже, проявляется преимущественно на слизистой оболочке десен или щек [7, 8, 17, 27].

В клинике язвы являются наиболее частыми проявлениями туберкулеза в полости рта [2, 6, 7, 13, 20]. При первичном туберкулезе безболезненная язва сопровождается локальным увеличением (поднижнечелюстных, подбородочных и шейных) лимфатических узлов [7, 17, 27, 31]. Эта форма заболевания обычно возникает у детей, тогда как вторичная форма чаще наблюдается в среднем и пожилом возрасте [7, 17, 27, 31]. Изъязвления при вторичном туберкулезе вызывают сильную боль [4, 15, 20, 25, 27, 31]. 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 [6, 13, 25, 28]. 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 [7, 13, 18, 27]. 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 [2, 6, 13, 18, 25, 29, 32].

Хотя чаще всего встречается собственно язвенная форма туберкулеза полости рта, она также может проявляться в виде люпоидной формы, которая наблюдается реже [32-34]. 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 [15]. Помимо язв, в литературе иногда выделяют другие формы туберкулеза полости рта: узелки или папулы, трещины, тканевые разрастания или инфильтраты, периапикальные гранулемы [4, 11, 13, 25, 27, 33]. При туберкулезном воспалении костей и остеомиелите часто возникают внеротовые свищи (преимущественно на щеке) [2, 34]. Следует подчеркнуть, что оральные проявления туберкулеза заразны [28].

Туберкулезные язвы стойкие, длятся более 3 недель, не реагируют на местное лечение и обычно одиночные и болезненные [2, 28, 29], в отличие от сифилитических язв, которые безболезненны, с гладкими, но уплотненными краями [27]. Плоскоэпителиальный рак, проявляющийся изъязвлением, развивается медленнее, 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 [4, 27]. 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 [27-29]. Множественные, болезненные и рецидивирующие язвы могут указывать на РАС (особенно афты Саттона) или некоторые слизисто-кожные заболевания (язвенный красный плоский лишай, пемфигоид) [7, 20, 28, 29]. Одиночные или множественные изъязв-

ления, сходные с туберкулезными изменениями по внешнему виду и течению, могут встречаться и при других гранулематозных заболеваниях, таких как болезнь Крона или саркоидоз [11, 13, 17, 18, 25]. Гистоплазмоз (глубокая микотическая инфекция) может вызывать язвы, напоминающие туберкулезные, с системными симптомами, включая утомляемость и продуктивный кашель. Они заживают после длительной противогрибковой терапии [29, 35].

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 [6, 11, 28, 29].

Окончательный диагноз подтверждается рядом дополнительных исследований. При каждой язве полости рта длительностью более 3 недель требуется инцизионная биопсия [11, 17, 18, 22, 25]. Гистопатологическая оценка может выявить наличие гранулематозной воспалительной инфильтрации с гигантскими клетками Лангханса и лимфоцитами. Окрасивание мазка мокроты по Цилю-Нильсену на кислотоустойчивые бактерии может быть положительным [3, 7, 8, 11, 13, 20, 22]. У каждого больного с подозрением на туберкулез обязательна рентгенография органов грудной клетки в задне-передней (ЗП) и боковой проекциях. Это также может указывать на перенесенную инфекцию или введение вакцины БЦЖ [3, 5]. 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 [9, 36]. В сомнительных случаях могут помочь молекулярные тесты (ПЦР) [1, 7, 13].

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 со-

стоянии ротовой полости при болезни туберкулеза костей.

Цель нашего исследования посвящается к изучению состояния полости рта при заболевании туберкулезом костей и разработке профилактических мероприятий при этой патологии.

Литература:

1. Петкович Б., Свонтковский В., Томашевский Т., Менсур Р. Туберкулез полости рта. История болезни. Энн Университет Марии Кюри Складовской. 2006 г.; 61 : 287–9.
2. Эбенецер Дж., Сэмюэл Р., Мэтью Г.К. и др. Первичный туберкулез полости рта: сообщение о двух случаях. Индиан Джей Дент Рез. 2006 г.; 17 :41–4.
3. Korzeniewska-Kosela M. Gruźlica – co powinien wiedzieć stomatolog [польский] Med Prakt Stomatol. 2012 г.; 3 :50–4.
4. Ram H, Kumar S, Mehrotra S, Mohommad S. Туберкулезная язва: имитация плоскоклеточного рака слизистой оболочки щеки. J Maxillofac Oral Surg. 2012 г.; 11 :105–8.
5. Kołaczowska M. Gruźlica płuc [польский] В: Batura-Gabryel H, Młynarczyk W, редакторы. Закрые пульмонологии с элементами аллергологии. Познань: Познанский университет медицинских наук; 2004. С. 68–84.
6. Клепач Дж., Петерсон Р., Курнатовска А.Дж. Туберкулез в полости рта – клинический случай [польский] Porad Stomatol. 2008 г.; 8 : 169–72.
7. Нанда К.Д., Мехта А., Марваха М. и др. Скрытый туберкулез слизистой оболочки полости рта. J Clin Diagn Res. 2001 г.; 5 : 357–60.
8. Хаммисса Р.А., Вуд Н.Х., Мейеров Р. и соавт. Первичный туберкулез полости рта как индикатор ВИЧ-инфекции. Патолог Res Int. 2011 г.; 2011 : 893295.
9. Rowińska-Zakrzewska E. Внелегочный туберкулез, факторы риска и заболеваемость [польский] Pneumonol Alergol Pol. 2011 г.; 79 : 377–8.
10. Делонг Л. Респираторные, желудочно-кишечные, неврологические и скелетные расстройства. В: ДеЛонг Л., Беркхарт Н.В., редакторы. Общая и оральная патология для стоматолога-гигиениста. Балтимор, Филадельфия: Липпинкотт Уильямс и Уилкинс; 2008. С. 243–45.
11. Какиси О.К., Кечагия А.С., Какисис И.К. и соавт. Туберкулез полости рта – систематический обзор. Eur J Oral Sci. 2010 г.; 118 : 103–9.
12. Ван В.К., Чен Ю.Ю., Чен Ю.К., Лин Л.М. Туберкулез головы и шеи: обзор 20 случаев. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009 г.; 107 : 381–386.
13. Михалак А., Войтас Г., Кидава И. и др. Туберкулез языка у больного диссеминированным ту-

- беркулезом легких [польский] *Pneumonol Alergol Pol.* 2004 г.; 72 : 28–31.
14. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом, 2012 г. – Резюме. Доступно на: www.who.int.
15. Khazratov A.I. Kamariddinzoda Features Of Predictions Before Dental Intervention Taking into Account the Psych emotional State of The Patient, *Texas Journal of Medical Science*, Vol. 3, 2021, 1-4.
16. Khazratov A.I., Rizaev Y.A. Oral condition in patients with colon cancer. *International Scientific and Practical Online Conference "Actual Problems of Fundamental, Clinical Medicine and Distance Learning Opportunities."* 2020. – P. 137-138.
17. Учиньска Р., Семинска А., Сломински Ю.М. Туберкулез языка. Представитель *Clin Pract Rev.* 2002; 3 : 102–4.
18. Эрбайку А.Е., Таймаз З., Туксавул Ф. и др. Что происходит, когда туберкулез полости рта не лечится? *Арочный сундук Monaldi Dis.* 2007 г.; 67 : 116–8.
19. Романьска-Гоцка К., Чеслинская С., Зегарска Б. и соавт. Гангренозная пиодермия с моноклональной IgA-гаммопатией и туберкулезом легких. Показательный случай и обзор. *Постеп Дерм Алергол.* 2015 г.; 32 : 137–41.
20. Фон Аркс Д.П., Хусейн А. Туберкулез полости рта. *Бр Дент Дж.* 2001; 190 :420–2.
21. Ровинска-Закшевска Э., Корзеневска-Косела М., Рошковски-Слиж К. Внелегочный туберкулез в Польше в 1974-2010 гг. [польский] *Pneumonol Alergol Pol.* 2013; 81 : 121–9.
22. Авастхи С., Сингх В., Низамуддин М. Туберкулез слизистой оболочки полости рта. *Интернет J Infect Dis.* 2010 г.; 8 (2)
23. Remiszewski P, Wąsowska H, Burakowska V. Туберкулез языка – клинический случай [польский] *Pneumonol Alergol Pol.* 1994 год; 62 : 295–8.
24. Моханаприя Т., Сингх К.Б., Арулаппан Т., Дханасекар Т. Туберкулез языка. *Индиан Джей Туберк.* 2012 г.; 59 : 39–41.
25. Диксит Р., Шарма С., Нувал П. Туберкулез полости рта. *Индиан Джей Туберк.* 2008 г.; 55 :51–3.
26. Каннан С., Таккар П., Дкруз А.К. Туберкулез, маскирующийся под злокачественную опухоль полости рта. *Индийский J Med Paediatr Oncol.* 2011 г.; 32 :180–2.
27. Ризаев Ж.А., Хазратов А.И.; Морфологические изменения слизистой полости рта при онкологических патологиях, Актуальные проблемы фундаментальной, клинической медицины и возможности дистанционного обучения", 115, 2020.
28. Скалли С. Черчилль Ливингстон Эльзевир; 2013. Стоматологическая и челюстно-лицевая медицина: основы диагностики и лечения; стр. 154–62. 409.
29. Langlais RP, Miller CS, Nield-Gehrig JS. Цветной атлас распространенных заболеваний полости рта. Филадельфия: Липпинкотт Уильямс и Уилкинс; 2009. с. 176.
30. ЖА Ризаев, АИ Хазратов Макроскопическая картина слизистой оболочки полости рта у больных с онкологическими заболеваниями толстой кишки // Проблемы биологии и медицины №5(122), ст 114-117, 2020
31. Камала Р., Синха А., Шривастава А., Шривастава С. Первичный туберкулез полости рта. *Индиан Джей Дент Рез.* 2011 г.; 22 :835–8.
32. Khazratov A., Rizaev J. Comparative assessment of the clinical picture of the oral mucosa in patients with colon cancer // *InterConf.* –2021
33. Сурешчандра Б., Навин Кумар Н. Обнаружение наличия или отсутствия микобактерий туберкулеза в инфицированной и неинфицированной пульпе с использованием метода микробиологического посева – серия случаев. *Эндодонтия.* 2001 г.; 23 :6–9.
34. Стыпулковска Ю, Бартковски СБ. Zapalenie chirurgiczne tkanek jamy ustnej, twarzy i szyi [польский] In: *Chirurgia szczękowo-twarzowa* Bartkowski SB, редактор. Краков: Collegium Medicum UJ; 1996. С. 188–9.
35. Спроат С., Берк Г., МакГерк М. Основные болезни человека для стоматологов. Филадельфия: Elsevier Health Sciences; 2006. С. 178–9.
36. Rizaev J.A. Khazratov A.I., Цитоструктурное изменение слизистой оболочке полости рта при раке толстой кишки // *Journal of Biomedicine and Practice*, 6, 5, 2020

ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТАТУС РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Ризаев Ж.А., Хазратов А.И., Абдуллаев Т.З.

Резюме. Туберкулёз - широко распространённое в мире инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое различными видами микобактерий. Это заболевание обычно поражает лёгкие, реже затрагивая другие органы и системы. Иногда поражаются органы полости рта. Поражения полости рта встречаются нечасто, они имеют решающее значение для ранней диагностики и выявления первичного туберкулёза. Своевременное выявление заболевания снижает заболеваемость и смертность пациентов. Целью данной статьи является предоставление информации по заболеванию туберкулёз на основе изучения литературы посвященной изучению различных форм туберкулёза.

Ключевые слова: Туберкулёз костей, туберкулёз легких, туберкулёз полости рта.