

## ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОСТИ РТА С.К. Муратова, Н.Т. Шукурова

*Самаркандский государственный медицинский институт,  
ассистенты кафедры терапевтической стоматологии, [saodatstom@mail.ru](mailto:saodatstom@mail.ru)*

**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.

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

### MEDICAL TACTICS FOR DIAGNOSIS OF ORAL TUBERCULOSIS

**S.K. Muratova, N.T. Shukurova**

*Samarkand State Medical Institute, Assistant of the Department of Therapeutic Dentistry,  
saodatstom@mail.ru*

**ABSTRACT:** The high prevalence of tuberculosis among the population determines the relevance of information on timely diagnosis and treatment. 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.

**Key words:** tuberculosis of the oral cavity, diagnosis of tuberculosis, prevention of tuberculosis.

**Актуальность.** 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. 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. 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. Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза (палочка Коха). Микобактерии туберкулёза-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 мышиний. 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 больным микобактерий, тесноты и длительности контакта, соблюдение 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. Клинические формы туберкулеза ротовой области:

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-желтого 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.

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. 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-гнойными 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). Общее состояние больных резко изменяется: наблюдаются исхудание, повышенная потливость, 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. Озлокачествление волчаночных язв при локализации в полости рта или на губах возникает в 1–10 % случаев. На слизистой оболочке рта миллиарно язвенный туберкулез развивается вторично результате аутоинокуляции **бацилл Коха из открытых очагов инфекции**, чаще всего из легких при тяжелом прогрессирующем течении процесса. Реактивность 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. 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.

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. 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. 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. 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. Диагностика туберкулеза: Общий анализ крови: характерны неспецифические изменения: снижение уровня гемоглобина (анемия) и лейкоцитов (лейкопения). Микробиологическая диагностика: выявление микобактерий туберкулеза в мокроте (проводится троекратно); 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.

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.

### Литература:

1. Ажермачева, М. Н. Достижения в профилактике, диагностике и лечении инсультов (по материалам 23-го конгресса Европейского неврологического общества (ENS), 2013 г. Барселона, Испания) / М. Н. Ажермачева, В. М. Алифирова, Т. Е. Шмидт // Неврологический журнал. - 2013. - № 6. - С. 49-53.
2. Богатырева, А. М. Состояние гемодинамики в тканях пародонта у пациентов с хроническим пародонтитом и ишемической болезнью сердца [Текст]: автореф. дис.. канд. мед. наук: 14.01.14 / Богатырева Алина Мурадиновна.-Москва. -2010. - 24с.
3. Банченко Г. В., Флейшер Г. М., Сиворов К. А. и др. // Медицинский алфавит. – 2012. – Т. 1, № 1. –С. 38–44.
4. Борисов С. Е., Мишин В. Ю., Аксенова В. А. //Проблемы туберкулеза и болезни легких. – 2007. –№ 11. – С. 47–63.
5. Ермакова Л. Г., Павленко С. Г. // Туберкулез, легочные болезни, ВИЧ-инфекция. – 2010. – № 3 (3). –С. 30–37.
6. Воробьева Е. Н., Шумахер Г. И., Хорева М. А., Осипова И. В. Дисфункция эндотелия — ключевое звено в патогенезе атеросклероза // Рос. кардиол. журн. 2010. № 2. С. 84–91
7. Муратова С.К., Хайдаров А.М., Хожиметов А.А. Анализ особенностей стоматологического статуса и показателей гемостаза у больных с хронической ишемией мозга. Проблемы биологии и медицины. Жур. Стр.88-93
8. Хайдаров А.М., Муратова С.К. Влияние хронической ишемии мозга на функциональное состояние слизистой оболочки полости рта // Журнал Стоматология №4 (77) 2019 стр.101-103
9. Хайдаров А.М. Перекисное окисление липидов и антиоксидантная система слюны при патологии пародонта.// Материалы научно-практической конференции аспирантов и соискателей. Ташкент 2010 13-14 апреля, стр 73-75.
10. Красильников И. В., Кисличкин Н. Н., Зазимко Л. А. // Эффективность методов решения и выявления туберкулеза. Проблемы и пути решения: матер.науч.-практ. конф. – Владивосток, 2013. – С. 41–43.
11. Левашов Ю. Н., Репин Ю. М. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. – СПб.:ЭЛБИ-СПб. – 2006. – С. 14–15.
12. Газете "Правда Востока" в № 133 (29096)