

индивидуальных элементов еще и потому, что облегчается процесс их установки.

Список литературы:

1. Геворкян А. А., Иванов А. С. Варианты снижения риска возникновения периимплантита, вызванного цементом для фиксации реставраций/ А. А. Геворкян // Главный врач. - №64 (ноябрь).- 2019. – С.39-41.
2. Громова, Ю. И. Факторы негативного влияния на гигиену полости рта у лиц с дентальными имплантатами: автореф. дисс... канд. мед. наук/Громова Ю. И. – Москва, 2012. – 22 с.
3. Долгалев, А.А. Обоснование дифференцированного применения имплантационных материалов в стоматологии: автореф... дис. докт. мед. наук/Долгалев А.А. – Москва, 2009. –30 с.
4. Ермалкевич И.С. применение индивидуальных абатментов/ И.С. Ермалкевич// Современная стоматология. – №2. - 2016.. – С. 90–91.
5. Жолудев С.Е., Жолудев Д.С., Нерсесян П.М. «Использование индивидуального абатмента авторской конструкции как формователя десны при имплантации с немедленной нагрузкой» Проблемы стоматологии, 2017, Т. 13, № 1. С. 104-108 doi: 10.18481/2077-7566-2017-13-1-104-108 © Жолудев С.Е.. и соавт., 2017.
6. Linkevicius T., Vindasiute E., Puisys A. The influence of margin location on the amount of undetected cement excess after delivery of cementretained implant restoration. — Clin. Oral Impants Res. — 2011. — P. 1379—1384.
7. Linkevicius T., Svediene O., Linkevicius L. A technique for making impression of deeply placed implants. — J. Prosthet Dent. — 2011. — P. 204—205

УДК: 616.98

Торшина В.А., Гайсина Е.Ф.

**ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ: ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В ПОЛОСТИ
РТА**

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Torshina V.A., Gaisina E.F.

LITERATURE REVIEW: ORAL MANIFESTATIONS OF TUBERCULOSIS

Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology
Ural state medical university
Ekaterinburg, Russian Federation

E-mail: viktoriya-torshina@mail.ru

Аннотация. Высокая распространенность туберкулеза в РФ определяет актуальность данной темы сегодня. Туберкулез имеет проявления как со стороны всех систем организма в целом, так и в отдельных органах, органы полости рта не является тому исключением. Проявления туберкулеза в полости рта встречаются довольно редко, в связи с чем, должна проводиться тщательная дифференциальная диагностика. В случае выявления поражений в ротовой полости врачу-стоматологу предстоит выбор тактики лечения пациента, основы которой направлены на проведение противовоспалительной терапии, мероприятий связанных с повышением общей резистентности организма, а также поддержание гигиены полости рта.

Annotation. Tuberculosis continues to be a major public health threat in Russia today, which makes the theme of this research relevant. Tuberculosis has manifestations in the body as a whole as well as in any organ system, oral manifestations being no exception. Although oral manifestation of the disease is rare, a careful differential diagnosis is of paramount importance for a correct diagnosis. Dentists should recognize oral lesions in order to provide the appropriate treatment aiming at anti-inflammatory therapy, implementation of infection prevention, control measures and maintaining oral hygiene.

Ключевые слова: туберкулез языка, *Mycobacterium tuberculosis*, слизистая оболочка полости рта, пародонтит, стоматологическая помощь.

Kew words: oral tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, oral mucosa, periodontitis, dental care.

Введение

Туберкулез – это инфекционное заболевание, вызываемое патогенными микобактериями, относящимися к семейству *Mycobacteriaceae*, образующие группу *Mycobacterium tuberculosis complex*. При данном заболевании могут быть поражены любые органы и ткани (кроме волос и ногтей). Туберкулез является социально значимым, представляющим опасность для окружающих заболеванием [6, 7, 11]. На сегодняшний день, несмотря на то, что с каждым годом показатели количества вновь зараженных пациентов и смертности от туберкулеза снижаются, туберкулез остается одной из главных причин смерти пациентов среди инфекционных заболеваний [2, 9]. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире туберкулезом ежегодно заболевают до 10 миллионов человек, и около 1,5 миллионов – умирают, в том числе 20% от ко-инфекции туберкулез и ВИЧ. [9]

В связи с сохранением неблагоприятной ситуации международные организации подготовили программы, направленные на ликвидацию эпидемии туберкулеза к 2030 году, в которых Россия, владея ресурсами и большим опытом, становится ведущей страной в борьбе с данным заболеванием [3].

Целью настоящего исследования является обзор литературы за последние 10 лет, о проявлении специфических поражений полости рта при туберкулезной инфекции.

Материалы и методы исследования

Для поиска, обзора и анализа информации по теме данного исследования использовались электронные источники: КиберЛенинка – российская научная электронная библиотека, PubMed – англоязычная текстовая база данных медицинских и биологических публикаций, созданная Национальным центром биотехнологической информации США на основе раздела «биотехнология» Национальной медицинской библиотеки США, eLIBRARY.ru – российская научная электронная библиотека.

Результаты обзора литературы и обсуждения

Специфические повреждения слизистой оболочки полости рта являются редко встречающейся формой туберкулеза (0,1-5%), в связи с этим научный литературный обзор ограничен небольшим количеством статей, а данную форму туберкулеза часто пропускают при дифференциальной диагностике поражений полости рта [1, 11, 13]. При осмотре пациента необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику поражений полости рта (плоскоклеточный рак, травматические, сифилитические язвы, афтозный стоматит, актиномикоз, гранулематоз Вегенера, саркоидоз, лейшманиоз, болезнь Хансена), что имеет первостепенное значение для установления правильного диагноза, особенно при подозрении на туберкулез [10, 11].

Слизистая оболочка полости рта, за счет явления колонизационной резистентности, относится к неблагоприятной среде для размножения *Mycobacterium tuberculosis*, но при наличии повреждений на слизистой, плохой гигиены полости рта, хронических воспалений, хирургических поражений, заболеваний пародонта, кариеса, микобактерии способны вызывать язвенные поражения. При первичном туберкулезе (первичном туберкулезном комплексе) проявления на слизистой полости рта в большинстве случаев отсутствуют, а вторичный туберкулез слизистой оболочки полости рта, вследствие туберкулеза легких или кожи, проявляется в двух формах: туберкулезной волчанки и милиарноязвенного туберкулеза. Крайне редко встречается колликувативный туберкулез (скрофулодерма). При туберкулезной волчанке часто поражается верхняя губа, десна, альвеолярный отросток верхней челюсти, мягкое и твердое нёбо. Язвы при милиарноязвенном туберкулезе локализуются в области щек по линии смыкания зубов, языка, на мягком нёбе. Туберкулезную волчанку необходимо дифференцировать с язвенно-некротическим стоматитом Венсана, травматической, трофической, раковой, сифилитической язвами [10, 11]. Туберкулез слизистой оболочки полости рта проявляется инфильтративной, язвенной клинико-морфологическими формами. Туберкулезный инфильтрат может быть ярко-красного цвета при острых формах с экссудативным компонентом воспаления, бледно-серого оттенка при фиброзных наслоениях. Туберкулезные язвы представлены небольшими трещинами или обширными изъязвлениями, сопровождающиеся отеками с высыпаниями милиарных (мелкоочаговых) узелков серо-желтого цвета [10].

У пациентов с подтвержденным диагнозом очаговый, инфильтративный, кавернозный туберкулез легких при морфологических, цитологических и бактериоскопических исследованиях отмечаются следующие особенности: в эмали и дентине прослеживаются дистрофические изменения, в мазках-отпечатках со спинки языка выявляются клетки плоского эпителия, воспалительно-клеточные элементы, в слюне пациентов с клинической формой – кавернозный туберкулез легких – обилие микобактерий туберкулеза [4].

Патологические образования могут проявляться на слизистой оболочке полости рта, деснах, твердом и мягком нёбе, языке, щеках, красной кайме губ. Симптомокомплекс туберкулеза полости рта различается в связи с остротой, характером, формой и локализацией процесса. При наличии острой стадии заболевания вероятно присоединение неспецифического воспаления, которое может быть вызвано грибами рода *Candida*, также к осложнениям туберкулезной волчанки может относиться рожистое поражение, озлокачествление (люпус-карциномы в 1-10% случаев) [10].

Туберкулез языка встречается редко, 0,5-3% случаев внелегочного туберкулеза, чаще диагностируется у пациентов с ослабленным иммунитетом, мужчин, курильщиков, проявляется в виде язв, узелков, трещин, туберкулем или гранулем. На спинке языка появляется поверхностная язва, с неровными краями, гранулирующим дном, по периферии мелкие туберкулезные узелки, она может быть неровной, уплотненной и часто болезненной [12, 13]. Туберкулез языка может проявляться как вторичный, так и первичный признак туберкулеза. Первичный туберкулез полости рта чаще встречается у молодых пациентов, вторичный – развивается после контакта здорового человека с инфицированным респираторными выделениями или гематогенной диссеминацией микобактерий туберкулеза [12]. Поражения языка обладают неспецифическими симптомами, могут быть асимптоматическими, в связи с этим, диагноз туберкулеза языка может быть не распознан врачами-стоматологами. На основании клинического обследования дифференциальный диагноз необходимо проводить с большой афтозной, травматической язвами, гранулематозными заболеваниями и инфекциями [12, 13]. При проведении биопсии, гистологических исследований отмечаются типичные признаки туберкулеза полости рта, наличие гранулематозного воспаления с многочисленными эпителиоидными клетками, гигантскими клетками Лангханса, микобактерий туберкулеза [13].

На фоне очагового туберкулеза легких у пациентов выявляется пародонтит. Данную патологию ученые связывают с усилением окислительных процессов (малонового диальдегида), снижением антиоксидантного потенциала (активность супероксиддисмутазы), активацией процессов липопероксидации. Показатели эндотоксикоза молекулы средней массы эритроцитов достаточно выше по сравнению с группой пациентов с пародонтитом без фоновых заболеваний ($p < 0,05$) [1, 8]. В жидкости пародонтальных карманов увеличились параметры провоспалительных цитокинов – интерлейкина-1 β , фактора некроза опухоли [8]. В микробном пейзаже пародонтальных карманов отмечаются

ассоциации вирусов (Cytomegalovirus, Herpes simplex virus I), грибов (Candida albicans), хламидий (Chlamydia trachomatis). Длительные режимы химиотерапии, комбинированное применение противотуберкулезных, антибактериальных лекарственных препаратов приводят к прогрессированию воспалительных заболеваний пародонта [1, 8]. Тактика оказания стоматологической помощи при лечении пародонтита должна включать в себя несколько задач, одной из которых является снижение инфекционной нагрузки в пародонтальных карманах. В комплексной терапии пародонтита ряд авторов доказывают эффективность применения линимента циклоферона. За счет иммуностимулирующего действия циклоферон способствует улучшению микробного пейзажа, снижению выраженности местного воспаления, нормализации процесса липопероксидации [8].

На фоне туберкулеза легких увеличиваются показатели пораженности зубов кариесом ($p < 0,05$). При очаговой форме туберкулеза индекс КПУ составил $7,45 \pm 0,57$, при инфильтративной – $9,38 \pm 0,34$, при фиброзно-кавернозной – $10,84 \pm 1,15$. Наблюдаются осложнения кариеса, очаги одонтогенной инфекции при всех, упомянутых выше, формах туберкулеза легких. Поэтому оказание стоматологической помощи в виде местной патогенетической терапии будет способствовать улучшению клинической картины, состояния иммунной системы [5].

Выводы

Таким образом, активные формы туберкулеза приводят к снижению общей резистентности организма, учитывая данные особенности пациентов, стоматологическая помощь должна оказываться в направлении противовоспалительной терапии пародонтита, периодонтита, а так же в направлении полной гигиены, санации полости рта. Необходимо уделять особое внимание стоматологическому обследованию пациента, диагностики с использованием всех современных комплексных методов лечения и профилактики заболеваний органов полости рта. Лечение должно проводиться в комплексе, с учетом общего состояния пациента и, обязательно, в динамике [4, 5, 10].

Список литературы:

1. Александрова Е.А. Особенности пародонтита у больных очаговым туберкулезом легких / Е.А. Александрова, А.В. Лепилин, Н.Е. Казимирова, А.А. Шульдяков // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6. – № 4. – С. 815-817.
2. Герасимов А.Н. Эпидемиологическая ситуация с туберкулезом в России – кажущееся благополучие и скрытые угрозы / А.Н. Герасимов, И.В. Михеева // ТМЖ. – 2018. – № 3. – С. 75-78.
3. Загдын З. М. Туберкулез сегодня. Возможные пути улучшения эпидемической ситуации / З. М. Загдын // Таврический медико-биологический вестник. – 2019. – Т. 22. – № 1. – С. 121-128.

4. Зейналова Н. В. Морфогистологические и бактериоскопические данные полости рта у больных туберкулезом легких / Н. В. Зейналова // Вестник проблем биологии и медицины. – 2013. – Т. 1 (104). – № 4. – С. 322-324.

5. Зейналова Н. В. Принципы и тактика оказания стоматологической помощи больным туберкулезом легких / Н. В. Зейналова // Мир медицины и биологии. – 2012. – №4 – С. 18-21.

6. Клинические рекомендации «Туберкулёз у взрослых», 2020 г. // URL: obl tub.ru/assets/files/2020/01.20/kr-tuberkulez-u-vzroslyh-2020.pdf (дата обращения 17.06.2020).

Клинические рекомендации «Туберкулёз у детей», 2020 г. // URL: obl tub.ru/assets/files/2020/01.20/klinrekom-deti-2020.pdf (дата обращения 17.06.2020).

7. Лепилин А.В. Совершенствование терапии воспалительных заболеваний пародонта у больных очаговым туберкулезом / А.В. Лепилин, Е.А. Александрова, Н.Е. Казмирова, А.А. Шульдяков // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. – № 1. – С. 132-135.

8. Министерство здравоохранения Российской Федерации «Россия демонстрирует один из самых значительных темпов снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза в мире» // URL: <https://minzdrav.gov.ru/news/2020/03/24/13577-rossiya-demonstriruet-odin-iz-samyh-znachitelnyh-tempov-snizheniya-zabolevaemosti-i-smertnosti-ot-tuberkuleza-v-mire> (дата обращения 29.06.2020).

9. Радышевская Т. Н. Туберкулез слизистой оболочки полости рта / Т. Н. Радышевская, И. В. Старикова, Н. Л. Попкова, О. Н. Барканова, С. Г. Гагарина, А. А. Калуженина // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 3-6.

10. Bárbara Capitanio de Souza. Oral Manifestation Of Tuberculosis: A Case-Report / Bárbara Capitanio de Souza, Vania Maria Aita de Lemos, Maria Cristina Munerato // The Brazilian Journal of Infectious Diseases. – 2016. – Vol. 20, – № 2. – P. 210-213.

11. Maria Bruna Pasticci. Lingual Tuberculosis: A Rare Disease In Western Countries / Maria Bruna Pasticci, Piero Floridi, Elisabetta Schiaroli, Gian Maria Stagni, Giuseppe Vittorio De Socio, Fabrizio Longari, Franco Baldelli // NEW MICROBIOLOGICA. – 2012. – Vol. 35. – P. 233-237.

12. Seo-Yeong Kim. A Case Report Of A Tongue Ulcer Presented As The First Sign Of Occult Tuberculosis / Seo-Yeong Kim, Jin-Seok Byun, Jae-Kap Choi and Jae-Kwang Jung // BMC Oral Health. – 2019. – Vol. 19, – № 67. – P. 1-5.

УДК 616.716.4-007.274-08

**Торшина В.А. Дрегалкина А.А.
ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ПРЕПАРАТОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА**