
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

**Т. Н. Радышевская, И. В. Старикова, Н. Л. Попкова, О. Н. Барканова,
С. Г. Гагарина, А. А. Калуженина**

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра терапевтической стоматологии,
кафедра фтизиопульмонологии

ТУБЕРКУЛЕЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

УДК 616.314 - 002.5

Высокая распространенность туберкулеза среди населения РФ определяет актуальность сведений о своевременной диагностике и лечении данной патологии. Описаны клинические проявления туберкулеза в полости рта в зависимости от формы, современные методы диагностики и дифференциальной диагностики заболевания, а также подходы к консервативному лечению специфического поражения слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: туберкулез полости рта, диагностика туберкулеза, лечение туберкулеза.

**T. N. Radyshevskaya, I. V. Starikova, N. L. Popkova, O. N. Barkanova,
S. G. Gagarina, A. A. Kaluzhenina**

TUBERCULOSIS OF ORAL MUCOSA

High prevalence of tuberculosis among the Russian Federation population highlights the significance of the information about up-to-date diagnostics and treatment of this pathology. The major clinical manifestations of oral tuberculosis depending on its type, modern approaches to diagnostics and differential diagnostics of the disease as well as the approaches to non-surgical treatment of specific lesions of oral mucosa were described.

Key words: oral tuberculosis, tuberculosis diagnostics, treatment of tuberculosis.

По данным министерства здравоохранения РФ, заболеваемость туберкулезом в России в 2013 г. составляла 63 случая на 100 тыс. человек, а смертность – чуть более 11 случаев на 100 тыс. россиян. Превышение среднего по стране показателя заболеваемости туберкулезом (от 80 до 206 случаев на 100 тыс. населения) зарегистрировано во всех субъектах Дальневосточного и Сибирского федеральных округов, а также в Волгоградской, Астраханской и некоторых других областях. Мужчины во всех регионах 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. Ежегодно более 4 тыс. больных туберкулезом выявляется на уровне следственных изоляторов. По оценкам 2013 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 1990 по 2013 гг. смертность от туберкулеза снизилась на 45 % [9, 10].

Возбудителем туберкулеза является бактерия (*Mycobacterium tuberculosis*), которая чаще всего поражает легкие и передается воздушно-капельным путем [2]. Около одной трети населения мира имеют латентный туберкулез. Риск того, что люди, инфицированные бактериями туберкулезом, заболеют им на протяжении своей

жизни, составляет 10 %. Однако люди с ослабленной иммунной системой подвергаются гораздо более высокому риску заболевания.

Специфическое поражение слизистой оболочки полости рта относится к редко встречающейся форме туберкулеза. В связи с тем, что в последние годы значительно увеличился приток мигрантов, знание особенностей течения данного поражения имеет диагностическую ценность при оказании стоматологической помощи больным туберкулезом легких. Мигранты, вынужденные переселенцы и беженцы представляют собой группу лиц с повышенным риском заболеваемости туберкулезом. Этому способствует низкий уровень жизни, несоблюдение санитарно-гигиенических норм, стрессовые ситуации, снижение белкового питания. Войны и военные конфликты, экономический кризис, отсутствие нормального жилья, плохие условия быта и труда в заболеваемости туберкулезом имеют первостепенное значение. Велика также отрицательная роль недостаточного или вегетарианского питания, низкого уровня образования, культуры и санитарной грамотности. Мигранты и беженцы статистически достоверно увеличивают число больных с остротечущими и быстро прогрессирующими формами туберкулеза, такими как казеозная пневмония, а также с хроническими деструктивными формами – диссеминированным и фибринозно-кавернозным туберкулезом легких. При этом наиболее опасен тесный семейный или производственный контакт с людьми, выделяющими при кашле с мокротой микобактерии туберкулеза [8].

Слизистая оболочка рта, благодаря явлениям колонизационной резистентности, является неблагоприятной средой для размножения микобактерии туберкулеза. Как правило, они быстро погибают, но при наличии повреждений слизистых полости рта микобактерии могут вызывать язвенные поражения. Туберкулезные поражения слизистой оболочки рта могут наблюдаться у 1 % взрослых больных туберкулезом органов дыхания. 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 колликувативный туберкулез (скрофулодерма) [3, 5].

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.

Патологический процесс поражает слизистую оболочку полости рта, десны, щеки, твердое и мягкое небо, язык, красную кайму губ.

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 люпускарциномы.

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. 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.

На слизистой оболочке рта милиарно-язвенный туберкулез развивается вторично в 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. Типичная локализация язв – слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов, спинка и боковые поверхности языка, мягкое небо. Количество язв обычно от одной до трех.

Язва обычно неглубокая, с неровными подрывными 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.

Колликативный 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 подрывными 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. Сифилитические гуммы отличаются от узлов при туберкулезе большей плотностью, быстрым вскрытием с образованием кратерообразных язв с инфильтрованными краями. После заживления сифилитических язв образуются втянутые звездчатые рубцы. Окончательным подтверждением сифилитического происхождения процесса являются положительные РИФ и РИБТ. При актиномикозе узлы в слизистой оболочке рта и коже очень плотные, после их размягчения образуются свищи, а не язвы. В отделяемом из свищей обнаруживаются друзы лучистого гриба [7].

При подозрении на изменения специфической этиологии показано трехкратное микроскопическое исследование гнойного отделяемого язвы или мазка-отпечатка язвы с окраской по Цилю–Нельсену для обнаружения кислотоустойчивых бактерий. Культуральное исследование позволяет определить видовую принадлежность микобактерий (*M. tuberculosis*, *M. bovis* и *M. africanum*). 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 [6].

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 [4].

В последнее время, в связи с увеличением количества лиц с вторичными Т-клеточными иммунодефицитами (в том числе инфицированных и больных СПИД), помимо обнаружения МБТ, регистрируется выделение НТМБ. Нетуберкулезные микобактерии, в условиях снижения неспецифической резистентности, способны вызывать изменения мягких тканей полости рта при так называемых «оппортунистических инфекциях».

Очень часто, микобактериозы по морфологическим и клиническим признакам сходны с туберкулезом.

Диагностика туберкулеза.

Общий анализ крови: характерны неспецифические изменения: снижение уровня гемоглобина (анемия) и лейкоцитов (лейкопения).

Микробиологическая диагностика: выявление микобактерий туберкулеза в мокроте (проводится трехкратно); 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 [4, 6].

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.

В связи со сниженной резистентностью организма у больных активной формой туберкулеза легких, проявляющейся увеличением накопления мягкого зубного налета и тяжести воспаления в тканях пародонта, стоматологическое лечение начинают с полноценной гигиены полости рта, ее санации, противовоспалительной терапии пародонтита, периодонтита, кариеса и профилактических антибактериальных мероприятий.

У больных туберкулезом легких в рамках комплексной терапии по согласованию с фтизиатром и пациентом проводят эндодонтическое лечение зубов с хроническим апикальным периодонтитом при хорошо проходимых корневых каналах. Местное лечение направлено на устранение травмирующих факторов, лечение твердых тканей зубов и пародонта. Применяется также обработка слизистой оболочки рта антисептическими и обезболивающими препаратами в виде ротовых ванночек и аппликаций [1].

Противопоказаниями к проведению консервативного лечения являются: хронический пародонтит с наличием II–III степеней подвижности зуба и выраженной атрофии десны; значительные деструктивные изменения в периодонте и прилежащей костной ткани (радикулярные кисты и кистогранулемы); туберкулезные и другие язвенно-некротические процессы в области пораженного зуба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банченко Г. В., Флейшер Г. М., Сиворов К. А. и др. // Медицинский алфавит. – 2012. – Т. 1, № 1. – С. 38–44.
2. Борисов С. Е., Мишин В. Ю., Аксенова В. А. // Проблемы туберкулеза и болезни легких. – 2007. – № 11. – С. 47–63.
3. Ермакова Л. Г., Павленко С. Г. // Туберкулез, легочные болезни, ВИЧ-инфекция. – 2010. – № 3 (3). – С. 30–37.
4. 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.
5. Левашов Ю. Н., Репин Ю. М. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. – СПб.: ЭЛБИ-СПб. – 2006. – С. 14–15.
6. Литвинов В. И., Мороз А. М. Лабораторная диагностика туберкулеза. – М.: МНПЦБТ, 2001. – 175 с.
7. Михальченко В. Ф., Радышевская Т. Н. и др. Диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта: учеб.-метод. пособ. – Волгоград, 2003. – 32 с.
8. Паролина Л. Е., Завалев В. И., Морозова Т. П. Туберкулез легких: социальные проблемы. – Саратов: СГМУ, 2003. – 152 с.
9. Статистика туберкулеза в России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://beregite-zdorovje.ru/page/statistika-zabolevanija-tuberkulezom-v-rossii>
10. Шилова М. В. Туберкулез в России в 2012–2013 годах. – М.: СПбНИИВС, 2014. – 244 с.