**Что такое Туберкулез полости рта -**

**Туберкулез** - хроническое инфекционное заболевание,возбудителем которого является микобактерия туберкулеза. Туберкулезное поражение слизистой оболочки рта и красной каймы губ обычно является вторичным и возникает при наличии туберкулезного процесса в легких, лимфатических узлах или костях. Микобактерии туберкулеза попадают на слизистую оболочку рта чаще всего гематогенным или лимфогепиым путем из первичного туберкулезного очага. Слизистая оболочка рта благодаря выраженной резистентности является неблагоприятной средой для размножения микобактерии туберкулеза. Как правило, они быстро гибнут на ее поверхности. Однако при наличии повреждений слизистой оболочки микобактерии могут проникнуть через нее и вызвать первичную туберкулезную язву. Первичный туберкулез в полости рта встречается крайне редко, в основном у детей.

* **Первичная туберкулезная язва**, или первичный туберкулезный шанкр, возникает на слизистой оболочке рта или красной кайме губ вследствие проникновения микобактерии через поврежденную слизистую оболочку.
* **Туберкулезная волчанка (lupus vulgaris)**. Это наиболее часто встречающееся заболевание из туберкулезных поражений слизистой оболочки рта и красной каймы губ. При туберкулезной волчанке поражение слизистой оболочки рта, как правило, сочетается с поражением кожи. Излюбленная локализация - кожа лица, которая поражается примерно у 75 % больных. Очень часто поражается красная кайма верхней губы в результате распространения процесса с кожи носа. В последующем в процесс часто вовлекается и слизистая оболочка рта. Возможно изолированное поражение только красной каймы верхней губы. Избирательное поражение только слизистой оболочки рта встречается редко. Волчаночный процесс может поражать любой участок слизистой оболочки рта или красной каймы губ, но наиболее типичная его локализация - слизистая оболочка верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти в области передних зубов, твердого и мягкого неба, деснах.

Первичным элементом этой формы туберкулеза является бугорок, или люпома, представляющие собой ограниченное, вначале плоское, безболезненное образование величиной с булавочную головку (диаметр 1-3 мм), мягкой консистенции, красного или желтоватокрас но го цвета. Бугорки склонны к периферическому росту и слиянию с соседними элементами, что приводит к образованию различных размеров и очертаний бляшек, в которых различаются отдельные бугорки. Центр бляшки довольно легко разрушается, превращаясь в язву с мягкими, изъеденными, но не подрытыми краями. Язва поверхностная, малоболезненная, дно ее покрыто желтоватым или желтоватокрасным налетом, при наличии разрастающихся грануляций напоминает малину.

* **Милиарноязвенный туберкулез(tuberculosis miliaris ulcerosa)**

Милиарноязвенный туберкулез слизистой оболочки рта встречается редко. Возникает у больных, страдающих тяжелыми формами туберкулеза легких или гортани, сопровождающихся выделением с мокротой большого количества микобактерии туберкулеза. Вследствие снижения резистентности организма у таких больных возбудитель туберкулеза легко внедряется в слизистую оболочку и беспрепятственно размножается, вызывая язвенные процессы. Поражаются главным образом постоянно травмируемые участки слизистой оболочки щек, по линии смыкания зубов, спинка и боковые поверхности языка, мягкое небо, дно полости рта.

* **Колликвативный туберкулез, или скрофулодерма(scrofuloderma)**

На слизистой оболочке рта встречается крайне редко, в основном у детей. Характеризуется образованием узлов в глубоких слоях слизистой оболочки. Узлы развиваются медленно и безболезненно, без выраженной воспалительной реакции. По мере увеличения узлы спаиваются со слизистой оболочкой рта или кожей, цвет которых становится цианотичным. Постепенно узлы размягчаются и вскрываются, через образовавшиеся свищевые отверстия выделяется гной с примесью крови и частицами некротизированных тканей. На месте вскрывшихся узлов формируются язвы, слабоболезненные, неправильной формы, с изъеденными подрытыми краями. Дно язв покрыто вялыми грануляциями и сероватожелтым налетом. После заживления язв остаются втянутые, обезображивающие рубцы.

**Что провоцирует / Причины Туберкулеза полости рта:**

Заражение происходит чаще воздушнокапельным путем, реже алиментарным. После инкубационного периода продолжительностью от 8 до 30 дней на месте входных ворот инфекции возникает язва с подрытыми, неровными краями и зернистым, грязносерого цвета дном. Для туберкулезной язвы характерны отсутствие острых воспалительных явлений и выраженная болезненность. В основании и по краям язвы - небольшой инфильтрат, более выраженный при локализации поражения на красной кайме губ. Через 2-4 нед после образования язва увеличивается в размерах. Регионарные лимфатические узлы также увеличиваются и уплотняются, часто нагнаиваются и вскрываются. Изменяется общее состояние больных: появляются субфебрильная температура, слабость, повышенное потоотделение.

**Патогенез (что происходит?) во время Туберкулеза полости рта:**

У детей грудного возраста эта форма нередко приобретает тяжелое течение с генерализацией туберкулезной инфекции.

Туберкулезную язву следует дифференцировать от первичного сифилитического шанкра, травматической и трофической язв, а также от рака полости рта. Окончательный диагноз туберкулезной язвы ставят по результатам цитологического и бактериоскопического исследований: наличии в соскобах с поверхности язв гигантских клеток Лангханса и микобактерии туберкулеза.

Вторичная туберкулезная инфекция в полости рта проявляется обычно в виде туберкулезной волчанки и милиарноязвенного туберкулеза. Крайне редко может наблюдаться скрофулодерма (колликвативный туберкулез).

**Симптомы Туберкулеза полости рта:**

Характерными для **туберкулезной волчанки**являются симптом яблочного желе и проба с зондом. При надавливании на люпому предметным стеклом исчезает красная окраска, обусловленная перифокальным расширением сосудов, и становятся видимыми первичные элементы люпомы - желтоватобурого или восковидного цвета узелки, напоминающие по цвету яблочное желе (симптом яблочного желе). Если на люпому надавить пуговчатым зондом, то он легко проваливается (симптом Поспелова), что объясняется главным образом разрушением эластических и коллагеновых волокон в бугорке.

В клиническом течении туберкулезной волчанки слизистой оболочки рта выделяют четыре стадии: инфильтративную, бугорковую, язвенную и рубцовую.

В инфильтративной стадии преобладают инфильтративные процессы. Слизистая оболочка рта на участке поражения отечна, гиперемирована. Первичные элементы туберкулезной волчанки - бугорки - еще не выражены.

Вторая стадия характеризуется появлением мелких бугорков, которые, сливаясь, напоминают бородавчатые разрастания.

В III стадии происходит изъязвление бугорков с образованием глубоких язв. На фоне язвеннобугоркового поражения нередко появляются папилломатозные разрастания, характерные для локализации процесса на твердом и мягком небе.

Четвертая, завершающая, стадия процесса характеризуется образованием рубцов. В случае отсутствия стадии изъязвления бугорков образуются гладкие, блестящие, атрофичные рубцы. После эпителизации язвенных поверхностей при туберкулезной волчанке рубцы плотные, грубые, спаивающие слизистую оболочку рта с подлежащими тканями.

**Клинические проявления туберкулезной волчанки**в различных отделах полости рта имеют некоторые особенности.

При локализации волчанки на десне последняя инфильтрируется, становится яркокрасного цвета, легко кровоточит, безболезненная. Впоследствии на десне появляются бугорковоязвенные поражения. При этом достаточно часто поражается костная ткань альвеолярного отростка. Развивается картина быстропрогрессирующего пародонтита. Зубы становятся подвижными и выпадают. На красной кайме губ язвы покрываются кровянистогнойными корками. Пораженная губа сильно отекает, увеличивается в размерах, на ней возникают болезненные трещины. После разрешения процесса остается рубец. Если процесс протекал без изъязвления, образуется гладкий атрофический рубец. В местах изъязвлений рубцы плотные, грубые, спаивают слизистую оболочку с подлежащими тканями. Характерно повторное образование люпом на рубце. Локализация очага волчанки на губе впоследствии приводит к ее деформации, в результате чего затрудняется прием пищи, искажается речь. При поражении обеих губ может развиться микростома. Течение туберкулезной волчанки хроническое. Без лечения процесс может продолжаться неопределенно долго, на рубцах возникают свежие бугорки. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются и уплотняются.

Туберкулезная волчанка может осложняться рожистым воспалением, кандидозом. Озлокачествление волчаночных язв на слизистой оболочке рта возникает в 1 - 10 % случаев (люпускарцинома).

* **Милиарноязвенный туберкулез(tuberculosis miliaris ulcerosa)**

Клинически эта форма туберкулеза характеризуется появлением на слизистой оболочке рта множественных милиарных узелков величиной с булавочную головку сероватокрасного цвета, представляющих собой слившиеся туберкулезные фолликулы, состоящие из скопления лимфоцитов, плазмоцитов и эпителиоидных клеток. Бугорки очень быстро превращаются в микроабсцессы и вскрываются с образованием мелких, очень болезненных поверхностных язвочек, которые довольно быстро увеличиваются и сливаются с аналогичными, рядом расположенными, достигая размера 2-3 см в диаметре. Такие язвы обычно неглубокие, имеют неправильную форму, подрытые, изъеденные края, резко болезненны. Дно язвы покрыто желтоватосерым налетом с незначительным гнойным отделяемым, легко кровоточит при поскабливании, имеет зернистый вид за счет нераспавшихся бугорков. На дне и вокруг язв обнаруживаются милиарные некротические бугорки желтого или сероватожелтого цвета (мелкие абсцессы) - так называемые зерна Треля. Основание язвы не имеет уплотнения, мягкое при пальпации. Воспалительные явления вокруг язв выражены незначительно. Регионарные лимфатические узлы вначале могут не пальпироваться, в дальнейшем становятся увеличенными, уплотненными и болезненными. При длительном существовании язвы и вторичном ее инфицировании может наблюдаться уплотнение краев и дна. На языке или по переходной складке язвы могут принимать вид глубоких, болезненных трещин. При локализации язвы на деснах, помимо поражения мягких тканей, может произойти разрушение периодонта и кости, следствием чего может быть подвижность и выпадение зубов.

Общее состояние больных резко изменяется: наблюдаются исхудание, повышенная потливость, одышка, повышение температуры тела, гиперсаливация. Отмечаются изменения в лейкоцитарной формуле, повышена СОЭ. В соскобах с язв при цитологическом исследовании выявляют гигантские клетки Пирогова-Л ангханса и эпителиоидные клетки. При бактериоскопическом исследовании обнаруживаются микобактерии туберкулеза (окраска по Цилю-Нильсену).

**Диагностика Туберкулеза полости рта:**

В типичных случаях диагностика туберкулезной волчанки не представляет трудностей. Реакция Манту в большинстве случаев положительная. В отделяемом из язв, как правило, микобактерии туберкулеза не обнаруживаются. Гистологически в сетчатом слое соединительной ткани определяется бугорок, состоящий из гигантских клеток Пирогова-Лангханса, плазматических, эпителиоидных клеток, окруженных валиком из лимфоцитов. Казеозный некроз отсутствует или слабо выражен. Эластические и коллагеновые волокна в зоне специфического инфильтрата разрушены. В области инфильтрата и вокруг него - большое количество расширенных кровеносных сосудов, в том числе новообразованных.

**Дифференциальная диагностика**

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.

* **Милиарноязвенный туберкулез(tuberculosis miliaris ulcerosa)**

Милиарноязвенный туберкулез дифференцируют от гуммозной язвы, которая безболезненна, имеет кратерообразную форму с плотными валикообразными краями.

Туберкулезную язву следует также дифференцировать от язвенно-некротического стоматита Венсана, травматической, трофической и раковой язв. Решающими в постановке диагноза являются результаты цитологического и бактериоскопического исследований.

* **Колликвативный туберкулез, или скрофулодерма(scrofuloderma)**

Скрофулодерму на слизистой оболочке рта дифференцируют от:

* сифилитической гуммы,
* актиномикоза.

Сифилитические гуммы отличаются от узлов при туберкулезе большей плотностью, быстрым вскрытием с образованием кратерообразных язв с инфильтрированными 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 (деревяноподобные), после их размягчения образуются свищи, а не язвы. В отделяемом из свищей обнаруживаются друзы лучистого гриба.

**Лечение Туберкулеза полости рта:**

* **Милиарноязвенный туберкулез(tuberculosis miliaris ulcerosa)**

**Туберкулезное поражение слизистой оболочки рта служит проявлением общей туберкулезной инфекции, поэтому общее лечение больных проводят в специализированных противотуберкулезных диспансеpax. 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.**