



О.М. Разнатовська  
Запорізький державний медичний університет

## Туберкульоз слизової оболонки ротової порожнини: клінічні вияви, діагностика, диференціальна діагностика

### Ключові слова

Туберкульоз, слизова оболонка ротової порожнини.

Захворюваність на туберкульоз лікарів-стоматологів займає третє—четверте місце в Україні, позаяк головний шлях передачі туберкульозу повітряно-крапельний, а вони безпосередньо контактують із хворими.

У статті представлено головні клінічні форми туберкульозу слизової оболонки рота. Лікар-стоматолог повинен знати клінічні вияви, принципи діагностики та диференціальної діагностики цієї патології та своєчасно скерувати хворого до фтизіатра.

Туберкульозні ураження слизової оболонки ротової порожнини спостерігаються рідко, проте лікар-стоматолог повинен знати клінічні вияви згаданої патології, принципи діагностики та диференціальної діагностики.

Патологія виявляється у вигляді специфічного ураження слизової оболонки різної локалізації, ураження слизової оболонки і червоної облямівки губ у формі туберкульозного вовчачка, рідше — міліарно-виразкового туберкульозу.

Виділяють такі клінічні форми туберкульозного ураження слизової оболонки ротової порожнини:

- туберкульоз язика;
- туберкульоз ясен;
- туберкульоз слизової оболонки губ і щік;
- туберкульоз твердого і м'якого піднебіння;
- туберкульозний вовчак;
- міліарно-виразковий туберкульоз.

Первинне туберкульозне ураження в порожнині рота виявляють у край рідко. Захворювання зазвичай виникає у разі ендогенної інфекції у хворих з масивним виділенням. Виразки на слизовій оболонці можуть бути єдиним виявом

туберкульозних процесів у разі проникнення мікобактерій туберкульозу (МБТ) через ушкоджену слизову оболонку.

При туберкульозі в слизовій оболонці патоморфологічно утворюються епітеліодні горбики з гігантськими клітинами Пирогова — Лангханса і проліферацією сполучної тканини, переважно продуктивного типу запальної реакції. При цьому епітеліодні горбики частіше лежать безпосередньо під епітелієм із круглоклітинною інфільтрацією. Внаслідок казеозного розпаду в разі прогресування інфільтратів утворюються виразки як наслідок активного проліферативного росту грануляційної тканини, які руйнують епітелій. За некротичного типу реакції відриваються більші ділянки тканини разом із епітелієм, унаслідок чого утворюються глибші виразки, по краях яких епітелій стоншений або стовщений, метаплазований, іноді проростає в підлеглу тканину. Гістологічно вони характеризуються суцільною або гніздною відсутністю епітелію.

### Загальні клінічні вияви туберкульозу слизової оболонки ротової порожнини

Симптоми туберкульозу слизової оболонки ротової порожнини залежать від гостроти, характе-

ру, форми і локалізації процесу. Безпосередньо клінічна картина туберкульозу слизової оболонки рота перебігає на тлі загальних функціональних розладів організму, властивих для туберкульозної інтоксикації. Візуальні вияви характеризуються поліморфізмом і браком будь-яких ознак, характерних винятково для туберкульозного ураження.

Основними клініко-морфологічними формами є інфільтративна і виразкова. Інфільтрат може бути обмеженим або поширеним, іноді має характер пухлини (туберкульома). За щільністю інфільтрат може бути: щільним, м'яким, із гладенькою або грануляційною поверхнею. Кольори туберкульозного інфільтрату коливаються від яскраво-червоного в разі гострих (ексудативних) форм до сірого з відповідними перехідними відтінками.

Туберкульозні виразки мають вигляд невеликих тріщин, які іноді приховані в складках слизової оболонки рота, або великих виразок, що супроводжуються набряками з висипанням міліарних сірувато-жовтих вузликів. Дно виразок здебільшого має вигляд поверхні, яка кровоточить та засіяна дрібними зернистими грануляціями. Краї виразок нерівні, частіше м'які, але можуть бути і щільними. Болісність за різних форм туберкульозного ураження окремих частин порожнини рота досить помірна, залежить від локалізації процесу і виникає як самостійно, так і в процесі жування. У разі гострих і підгострих варіантів перебігу хвороби регіонарні лімфатичні залози в більшості випадків щільні, збільшені, болісні.

### **Клінічні вияви туберкульозу язика**

Туберкульоз найчастіше уражує корінь язика і може розвиватися як ізольована форма, так і виникати за безпосереднього поширення специфічного процесу з гортані або мигдалини. Під час огляду спостерігаються гіперемія, інфільтрація з набряклістю окремих ділянок або всього кореня язика. За подальшого прогресування процесу утворюються одиночні або розкидані ранки або великий виразковий процес із набряками слизової оболонки і висипанням міліарних вузликів. При цьому язик збільшується у розмірі. Хворі скаржаться на незручність під час жування, ковтання, порушується артикуляція, мова стає невиразною. З'являються рясна слинотеча, неприємний присмак у роті, зміна смакової чутливості.

При туберкульозі кінчика і тіла язика найчастіше уражуються кінчик і бічні поверхні язика (рідше верхня поверхня). Суб'єктивні симптоми можуть бути мало виразні, особливо в разі тріщин язика, прихованих у складках виразки. У разі виразного ексудативного компонента запалення виникають: різкий біль, слинотеча, утруднена рухо-

мість язика. Через сильний біль порушується артикуляція, мова стає невиразною, прийом їжі утруднений так, що пацієнт відмовляється від їжі.

На початку захворювання утворюється щільний інфільтрат, який в подальшому розпадається та трансформується у виразку. Можливі висипання міліарних вузликів. У разі переважно продуктивного характеру процесу виразки зазвичай заповнені грануляціями, порівняно обмежені й мало болючі.

### **Клінічні вияви туберкульозу ясен**

У ділянці туберкульозного ураження слизова оболонка ясен спочатку набрякає, стає дуже пухкою, болючою, гіперемованою та кровоточивою. Прогресування процесу призводить до утворення туберкульозної виразки з чіткими грануляціями.

### **Клінічні вияви туберкульозу слизової оболонки губ і щік**

Ця патологія частіше буває в комбінації з туберкульозним ураженням верхніх дихальних шляхів і органів ротової порожнини. Форма ураження найчастіше виразкова, з частою локалізацією у куточках рота. В гостру фазу спостерігаються значна болючість, набряклість губ із висипанням міліарних вузликів. Іноді спостерігається ізольоване ураження червоної облямівки верхньої губи. Найтипівіша локалізація туберкульозних осередків — слизова оболонка верхньої губи, альвеолярні відростки верхньої щелепи, ділянка фронтальних зубів, тверде і м'яке піднебіння.

### **Клінічні вияви туберкульозу твердого і м'якого піднебіння**

Туберкульоз твердого і м'якого піднебіння має вияви від поверхневих, обмежених у вигляді тріщиноподібних ранок з незначною інфільтрацією (особливо на м'якому піднебінні), до великого горбистого папіломатозного інфільтрату з характерними нерівними виразками. Початкові форми мають вигляд обмеженої гіперемованої ділянки слизової оболонки, в центрі якої іноді просвічується жовтувато-біла цятка без порушення цілості епітелію. У разі гострих уражень глотки м'яке піднебіння гіперемоване, інфільтроване і засіяне міліарними вузликами, на місці яких з'являються ранки.

### **Клінічні вияви туберкульозного вовчача**

Туберкульоз слизової оболонки ротової порожнини і червоної облямівки губ виявляється у формі туберкульозного вовчача. Процес на слизовій оболонці порожнини рота у більшій части-

**Диференціальна діагностика уражень слизової оболонки ротової порожнини**

Хвороба	Локалізація	Клінічні ознаки
<i>Бактеріальні й грибкові хвороби</i>		
Туберкульоз: первинне ураження	Язик, ділянка мигдалин, м'яке піднебіння	На місці проникнення інфекції утворюється інфільтрат без гострих запальних змін, виразка з'являється через 8–20 діб (до 1,5 см у діаметрі), дно і краї якої залишаються щільними, вкритими брудно-сірим нальотом
вторинне ураження	Обличчя, червона облямівка губ і в порожнині рота	Виявляється у формі туберкульозного вовчака (слизова оболонка стає шорсткувата, потім утворюються горбики, після розпаду яких — виразки, вкриті червоно-жовтим нальотом, краї м'які, не болючі) і міліарно-виразкового туберкульозу (виразки зливаються, мають неправильну форму з поїденими і підритими краями. На дні виразки помітні міліарні горбики жовтих кольорів — зерна Треля)
Гострий виразково-некротичний гінгівіт (ангіна Венсана)	Ясна	Ясна болісні, кровоточать, характеризуються некрозом і виразково-ясенних країв і сосочків, поєднуються з лімфаденопатією і неприємним запахом із рота
Пренатальний (природжений) сифіліс	Піднебіння, щелепи, язик і зуби	Гумозне ураження піднебіння, щелеп і лицьових кісток черепа; зуби Гетчинсона; моляри багряного кольору; глосит; плями на слизовій оболонці і тріщини в куточках рота
Первинний сифіліс (шанкр)	Ураження спостерігається в ділянці вхідних воріт інфекції; може з'являтися на губах, язичку або в ділянці мигдалин	Невелика папула швидко перетворюється на більшу не болючу виразку з ущільненими краями; однобічна лімфаденопатія; шанкр і лімфатичні вузли містять спірохети; через 3–4 тиж стає позитивним серологічний тест на бліді трепонеми
Вторинний сифіліс	На слизовій оболонці часто з'являються плями, переважно на піднебінні, але можуть бути також і в спайках губ та куточках рота	Макулопапульозні ураження слизової оболонки рота (до 5–10 мм у діаметрі) з виразкою в центральній частині, вкритою сіриватою оболонкою; висипання, що з'являються на різних ділянках слизової оболонки і шкіри, що супроводжується лихоманкою, нездужанням і болем у горлі
Третинний сифіліс	Піднебіння і язик	Гумозна інфільтрація піднебіння або язика з подальшим виразкуванням і фіброзом; атрофія сосочків язика може призвести до розвитку лакованого язика і глоситу
Гонорея	Ураження можуть розвинути в порожнині рота, у ділянці безпосереднього зараження, або вдруге, шляхом гематогенного поширення інфекції з первинного осередку, розташованого десь в іншому місці	Найранішими симптомами є відчуття печії або свербіння, сухості або жару в роті; може відбуватися дифузне запалення або виразкування тканин рота; збільшується в'язкість слини, і вона має неприємний запах; у тяжких випадках розвивається лімфаденопатія підщелепних залоз, що супроводжується лихоманкою
Шийно-лицьовий актиномікоз	Набрякання в ділянці обличчя, шиї і дна ротової порожнини	Інфекція може бути пов'язана з екстракцією зуба, переломом щелепи або прорізуванням моляра; у гострій формі нагадує гострий піогенний абсцес, але містить жовті «серозні гранули»
Бруцельоз	Слизова оболонка порожнини рота	На слизовій оболонці порожнини рота утворюються скупчення вузликів — інфекційних гранульом. Регіонарні лімфатичні залози збільшені, болючі. Шкіра спочатку гіперемована, потім блідне. Температура тіла підвищується до 37–39 °С
Герпетичний стоматит	Слизова оболонка порожнини рота	Катаральне запалення слизової оболонки порожнини рота, обмеження прийому їжі через виразний болісний синдром. На слизовій оболонці утворюються від 2–3 до безлічі прилеглих один до одного дрібних пухирців, які швидко розкриваються, утворюючи ерозії, які розташовуються на гіперемованій слизовій оболонці, різко болючі
Гістоплазмоз	Будь-яка ділянка в порожнині рота, зокрема язик, ясна або піднебіння	Численні невеликі вузлики, схильні до виразкування; хрипота і дисфагія можуть розвиватися через ураження гортані, що супроводжується лихоманкою і нездужанням
Бластомікоз	Будь-яка ділянка порожнини рота	У товщі слизової оболонки щік, язика, піднебіння, ясен утворюються множинні або одиночні вузли, що вивищуються над поверхнею слизової оболонки. Розпадаючись, патологічні вузли утворюють виразки з папуломатозними розростаннями, що мають хронічний перебіг

Хвороба	Локалізація	Клінічні ознаки
Кандидомікоз	Будь-яка ділянка порожнини рота	Характеризується болем у горлі, підвищенням температури тіла, гіперемією слизової оболонки, появою спочатку дрібних білих нальотів типу молочанки, а потім і великих некрозів тканини, що виникають унаслідок проростання її грибами. На слизовій оболонці мигдаликів, дужок, піднебіння і в інших місцях утворюються множинні неправильної форми сірувато-білі нальоти, які важко знімати, а після видалення їх залишається ранова поверхня
Мононуклеоз інфекційний	Слизова оболонка порожнини рота	Регіональні лімфатичні залози збільшені, мають вигляд ланцюжка, мало болочі. Спочатку розвивається ангіна, а потім виразково-некротичний стоматит. Лейкоцитоз, тромбоцитопенія, поява атипичних мононуклеарних клітин
Плаский лишай	Будь-яка ділянка порожнини рота, але найчастіше — слизова оболонка щік	Різноманітний зовнішній вигляд цього ураження зумовлений різним розташуванням сірувато-білих папул, які зливаються. Найчастіше спостерігається сітчаста поверхня. Ураженню слизової оболонки порожнини рота можуть передувати ураження шкіри
<i>Новоутворення</i>		
Метастатичні пухлини	Глибоко в кістковій тканині щелеп, у премолярно-молярній ділянці нижньої щелепи	Може походити від пухлини, локалізованої в якому-небудь віддаленому органі, скажімо, в молочній залозі, легені. Задавнене новоутворення може збільшитися і зруйнувати кістку, приводячи до втрати зубів та розхитування їх. Спричинює біль і заніміння нижньої губи
Лімфома	Ясна, піднебіння, язик і ділянка мигдаликів	Підвищена ділянка виразки, що може швидко проліферувати
Гострий лейкоз	Ясна	Набрякання ясен і виразки на їхній поверхні, потім — гіперплазія ясен із великим некрозом і кровотечею. Можуть розвинути глибокі виразки в якій-небудь іншій ділянці слизової оболонки, ускладнюючись вторинним інфікуванням
Плоскоклітинний рак	Будь-яка ділянка порожнини рота, найчастіше — нижня губа, язик і дно ротової порожнини	Виразка з піднятими й ущільненими краями, що супроводжується незначною болочістю. Зазвичай утворюється в ділянках лейкоплакії або на гладенькому чи атрофованому язичку
<i>Захворювання шкіри</i>		
Звичайна пухирчатка	Слизова оболонка порожнини рота і шкіра	Прорвані пухирі й ділянки виразок у порожнині рота. Бувають переважно у старшому віці
Пухирчатка слизових оболонок	Переважає слизова оболонка порожнини рота, але можуть також уражатися очі, сечівник, піхва і пряма кишка	Болочі сірувато-білі пухирці з еритематозною зоною. Дескваматозні ураження ясен, що залишають після себе виразки
Багатоформна еритема (синдром Стівена — Джонсона)	Переважає слизова оболонка порожнини рота і шкіра рук та ніг	Прорвані пухирі в порожнині рота. Можуть спостерігатися геморагічні струпи на губах. «Райдужні» або розташовані кільцями ураження шкіри є патогномонічними. Можуть спостерігатися ознаки тяжкої інтоксикації
<i>Інші захворювання</i>		
Червоний вовчак	Шкіра, слизова оболонка і червона облямівка губ	На місці ураження виникають еритема, гіперкератоз і атрофія. У разі дифузного процесу червона облямівка губ набуває яскраво-червоного кольору, помірно інфільтрована, після видалення лусочок оголюється кровоточива поверхня. Ексудативно-гіперемічна форма характеризується яскраво вираженою гіперемією, набряком, незначним гіперкератозом. Для ерозивно-виразкової форми характерне запалення, на тлі якого виникають ерозії, виразки, тріщини. Гіперкератоз і атрофія локалізуються по периферії вогнища. Ерозії вкриті фібриновим нальотом, після видалення якого локально кровоточать.
Склеродермія	Слизова оболонка порожнини рота, язик	Слизова оболонка порожнини рота атрофічна, на ній утворюються щільні осередки білого кольору, оточені фіолетово-червоним обідком, що згодом переходить у жовтувато-коричневу пляму. Язик спочатку збільшений, потім зморщується, стає ригідним, порушуються його функції

Продовження табл.

Хвороба	Локалізація	Клінічні ознаки
Великий афтоз Турена (синдром Бехчета)	Слизова оболонка порожнини рота, очі й статеві органи	Локалізуються переважно в дистальних відділах порожнини рота, різко болочі. На статевих органах з'являються болочі афтозні висипання. У разі локалізації на очах спочатку з'являється світлобоязнь, що супроводжується болем, потім розвиваються ірит, цикліт. Симптоми наростають від рецидиву до рецидиву
Алергійний стоматит	Слизова оболонка порожнини рота	Слизова оболонка гіперемована, спостерігаються геморагії і набряк. У разі бульозної форми з'являються пухирці, після розкриття яких оголюється ерозивна поверхня. Виразково-некротична форма супроводжується високою температурою тіла, слизова оболонка гіперемована, ерозивна, з осередками некрозу. Підвищене слиновиділення, різкий біль під час їди. Підшелепні лімфатичні залози збільшені, болочі під час пальпації
Афтозний стоматит	Слизова оболонка порожнини рота	У разі фібринозної форми з'являються поодинокі елементи, вкриті фібринозним нальотом. Некротична форма перебігає з первинною деструкцією епітелію. Дистрофічні зміни супроводжуються некробіозом і некрозом епітелію з появою малоболочих виразок. Поверхня афти вкрита некротичними масами, які легко видалити. Мигдалярна форма уражує протоки малих слинних залоз, що супроводжується зниженням їхньої функції. Болочі афти розташовуються скрізь, де є малі слинні залози. Для рубцевої форми характерне ураження ацинусів малих слинних залоз і залучення у процес сполучнотканинного шару. Афти досить швидко переходять у болочі виразки діаметром до 1,5 см, з переходом у рубець. У разі деформівної форми розвивається глибока деструктивна зміна сполучної тканини

ни пацієнтів поєднується зі специфічним ураженням шкіри обличчя. Туберкульозний процес поширюється зі шкіри носа на червону облямівку верхньої губи. Потім уражується і слизова оболонка рота.

Первинним елементом туберкульозного вовчачка є ліпوما — обмежене не болоче утворення розміром 1—3 мм жовтувато-червоних кольорів. Люпоми локалізуються на периферії осередку ураження, можуть зливатися, формуючи папіломи. Потім центр руйнується і утворюється первинна туберкульозна виразка з м'якими візерунчастими краями. Виразка неглибока, мало болоча; дно вкрите жовто-червоним нальотом, нагадує малину.

*Симптоми туберкульозного вовчачка:*

- симптом яблучного желе — під час натискання на люпому предметним склом тимчасово зникає забарвлення, зумовлене перифокальним розширенням судин, і стають видимими первинні жовтувато-червоні елементи;
- симптом Поспелова — під час натискання на люпому гудзиковий зонд легко провалюється.

У разі локалізації туберкульозного процесу на слизовій оболонці альвеолярного відростка руйнується кісткова тканина міжзубних перегородок, зуби стають рухливими. На червоній облямівці губ туберкульозне ураження вкривається

ся кров'янисто-гнійними кірками. Уражена губа набрякає, збільшена в розмірах, має тріщини й болюча.

Якщо процес перебігає без виразок, може утворитися гладенький атрофічний рубець. У місцях виразок рубці щільні, формуються спайки між слизовою оболонкою і підлеглими тканинами. Туберкульозний вовчак на губі призводить до деформації губи, утруднення прийому їжі, перекручування мови. Перебіг хронічний, без лікування процес може тривати кілька років з утворенням виразних рубцевих змін. Регіональні лімфатичні залози збільшені, щільні.

Туберкульозний вовчак може ускладнитися запаленням, кандидозом, а в 10,0 % випадків виразки перероджуються в люпус-карциноми.

### **Клінічні вияви міліарно-виразкового туберкульозу**

Міліарно-виразковий туберкульоз слизової оболонки порожнини рота розвивається вторинно, локалізується на слизовій оболонці щік, по лінії стискання губ, на м'якому і твердому піднебінні, на спинці і бічних поверхнях язика. Дрібні горбики зливаються, розпадаються, утворюють більшу виразку з нерівними підритими м'якими краями. На дні і по краях виразки видно міліарні горбики, що не розпалися, і абсцеси жовтого кольору (зерна Треля) розміром зі шпилькову голівку.



## Діагностика туберкульозу слизової оболонки рота

Головну роль відіграє правильне збирання анамнезу: відомості про контакт із хворими на туберкульоз, перенесення в минулому туберкульозу будь-якої локалізації, перебування під спостереженням у протитуберкульозному диспансері.

Обов'язкові рентгенологічне дослідження легень для виявлення активних специфічних змін або слідів туберкульозу, туберкулінова проба

Манту з 2 ТО ППД-Л, мікроскопічне дослідження гнійного виділення з виразки або мазка-відбитка виразки за Цілем — Нільсеном для виявлення МБТ, біопсія краю виразки для гістологічного і бактеріологічного досліджень.

Коли методи діагностики не дають достатніх підстав для заперечення або підтвердження туберкульозної природи процесу, коли у пацієнта не виявлено легеневого туберкульозу проводять пробні курси лікування протитуберкульозними препаратами.

### Список літератури

1. Герман А.К. Пособие по дифференциальной диагностике туберкулёза и других заболеваний лёгких / Под ред. А.К. Германа. — Запорожье: Премьер, 2001.
2. Фещенко Ю.І. Туберкульоз позалегенової локалізації. — К., 1998.
3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. — К.: Червона рута-турс, 1997. — 350 с.

Е.Н. Разнатовская

## Туберкулез слизистой оболочки ротовой полости: клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика

Заболеемость туберкулезом врачей-стоматологов занимает третье—четвертое место в Украине, так как основной путь передачи туберкулеза воздушно-капельный, а они непосредственно контактируют с больным.

В статье представлены основные клинические формы туберкулеза слизистой оболочки рта. Врач-стоматолог должен знать клинические проявления, принципы диагностики и дифференциальной диагностики данной патологии и своевременно направить больного к фтизиатру.

Е.N. Raznatovskaya

Tuberculosis of oral mucosa: clinical manifestations, diagnosis, differential diagnosis

TB incidence among dentists take 3—4 place in Ukraine as well as the main route of transmission of tuberculosis airborne, while dentists are in direct contact with patients.

The article presents the main clinical forms of tuberculosis of the oral mucosa. Dentist needs to know the clinical manifestations, the principles of diagnosis and differential diagnosis of this pathology, and promptly send the patient to a TB specialist.

### Контактна інформація:

Разнатовська Олена Миколаївна, к. мед. н., доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології Запорізького державного медичного університету 69035, м. Запоріжжя, вул. Перспективна, 2, КУ «Обласний тубдиспансер»  
Тел. (0612) 236-64-27  
E-mail: raznatovskaya.zp@rambler.ua

Стаття надійшла до редакції 11 січня 2011 р.