

Лекція № 5

*Клінічні форми туберкульозу
ротової порожнини, щелепно-
лицевої ділянки*

*Професор кафедри фтизіатрії і пульмонології
Разнатовська Олена Миколаївна*

E mail: raznatovskaya@zsmu.zp.ua

Клінічні форми туберкульозу ротової порожнини, щелепно-лицевої ділянки

1. Туберкульоз слизової оболонки ротової порожнини:

- - Туберкульоз язика;*
- - Туберкульоз ясен;*
- - Туберкульоз слизової оболонки губ і щік;*
- - Туберкульоз твердого та м'якого піднебіння.*

2. Туберкульоз мигдаликів.

3. Туберкульоз глотки.

4. Туберкульоз кісток і суглобів лицьового черепа.

5. Туберкульоз периферичних лімфатичних залоз.

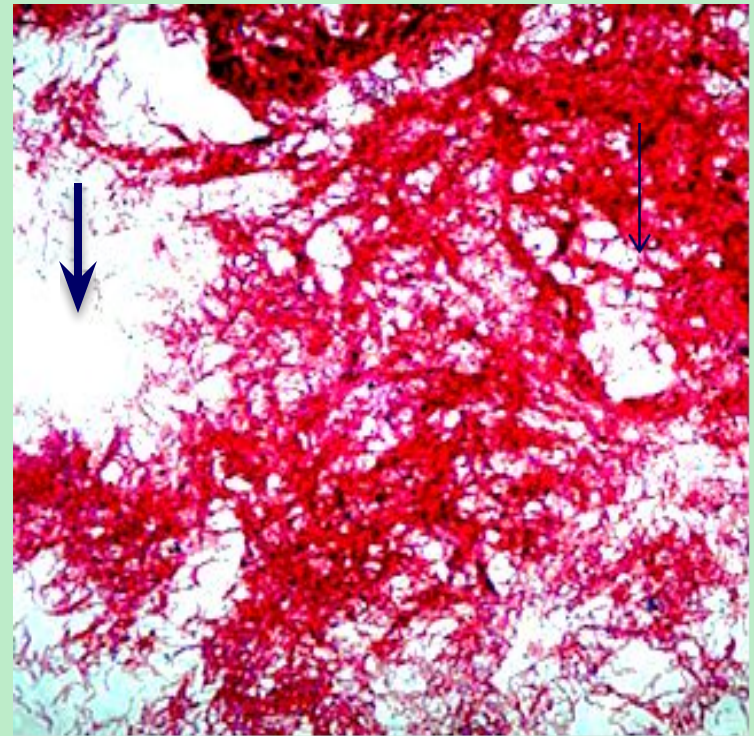
6. Туберкульоз шкіри і підшкірної клітковини.

7. Туберкульоз слинних залоз.

Туберкульоз слизової оболонки ротової порожнини

- Первинне туберкульозне ураження в порожнині рота виявляють вкрай рідко.***
- Захворювання виникає в разі ендогенної інфекції в хворих з масивним бактеріовиділенням.***
- Виразки на слизовій оболонці можуть бути єдиним проявом туберкульозних процесів в разі проникнення МБТ через пошкоджену слизову оболонку.***

У слизовій оболонці утворюються епітеліоподібні горбики (які розташовані безпосередньо під епітелієм) з гігантськими клітинами Пирогова-Лангханса і проліферацією сполучної тканини.



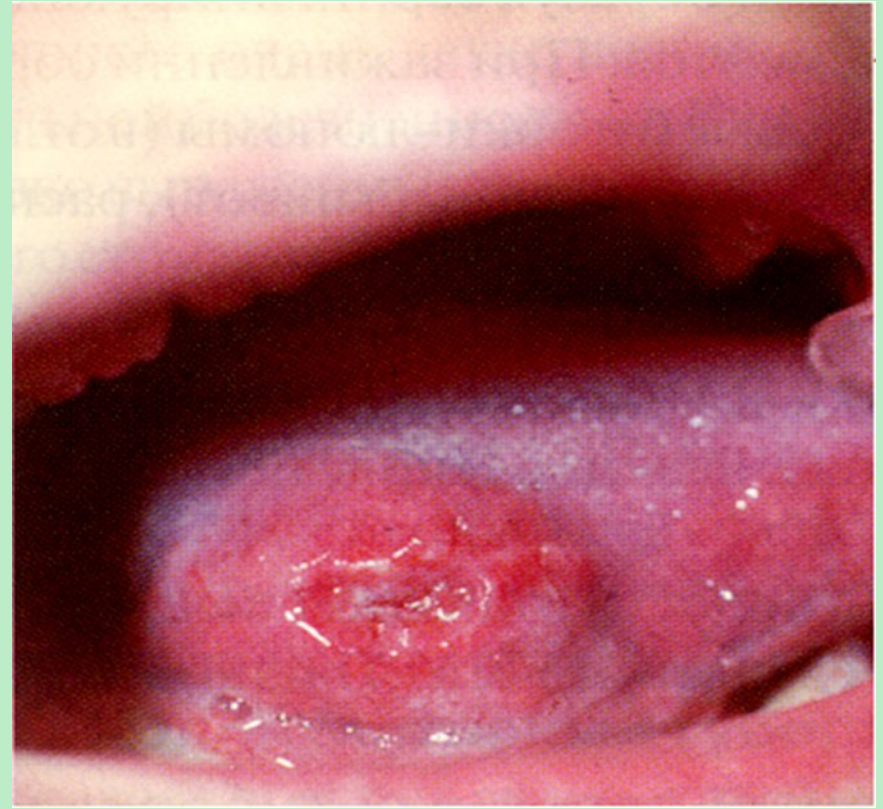
Гістологічно вони характеризуються суцільною або гніздовою відсутністю епітелію.

Внаслідок казеозного розпаду в разі прогресування інфільтратів утворюються виразки.

Основними клініко-морфологічними формами туберкульозу слизової оболонки ротової порожнини є:

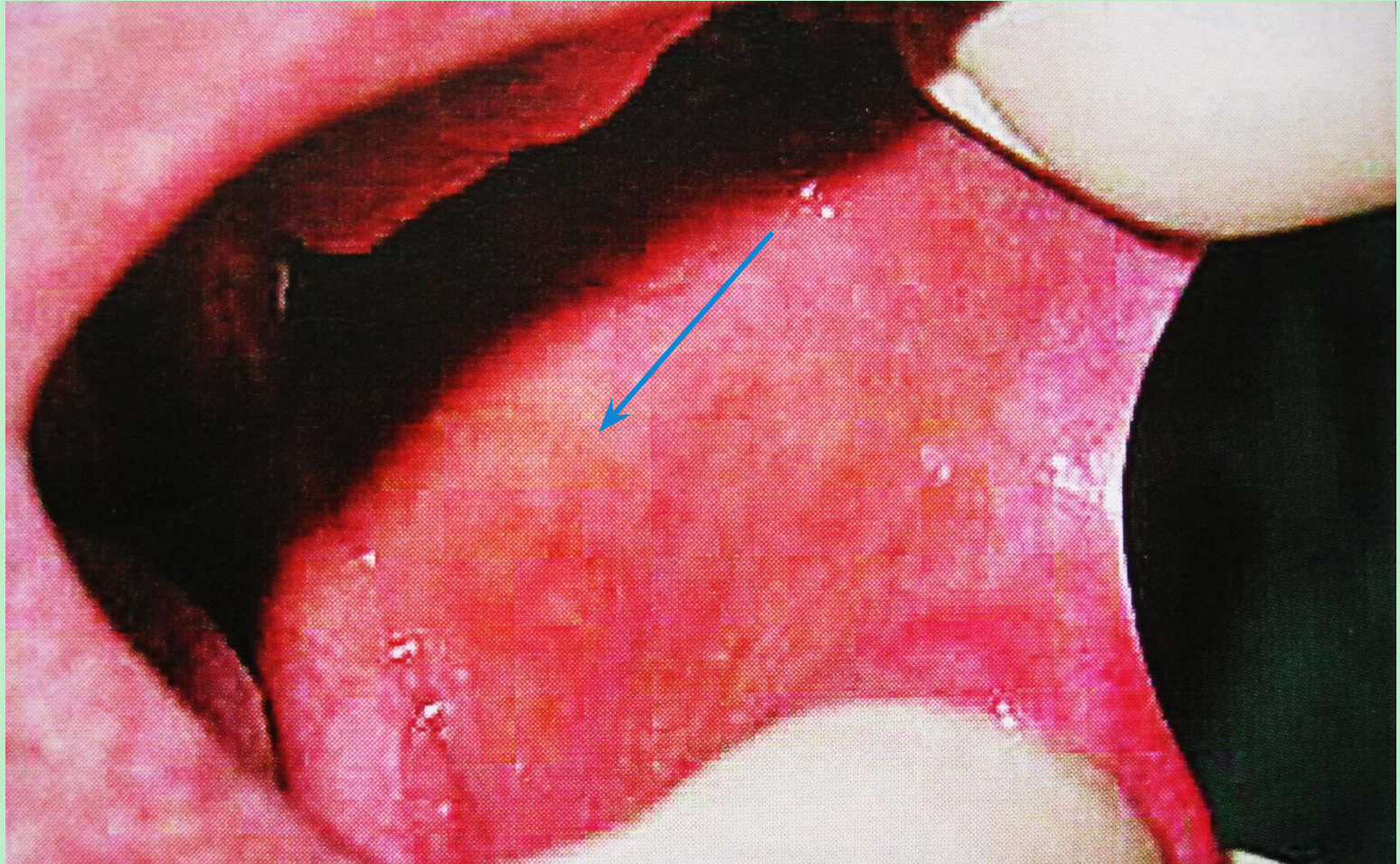
- *інфільтративна,*
- *виразкова.*

Колір туберкульозного інфільтрату коливається від яскраво-червоного (при гострих ексудативних формах), до сірого з відповідними перехідними відтінками.



Інфільтративна форма

Характерною ознакою при туберкульозі слизової оболонки порожнини рота є геморагічний синдром у вигляді петехій



Виразки мають вигляд від невеликих тріщин до великих виразок.

Дно виразок має вигляд поверхні, яка кровоточить і засіяна дрібними зернистими грануляціями.



Краї виразок нерівні, частіше м'які, але можуть бути і щільними.

При біопсії вмісту виразки, виявляється типова туберкульозна грануляція.

Туберкульоз язика

Туберкульозом найчастіше уражається корінь язика і може розвиватися як ізольована форма, так і виникати при безпосередньому його поширенні з гортані або мигдалин. Рідше уражається тіло і кінчик язика.



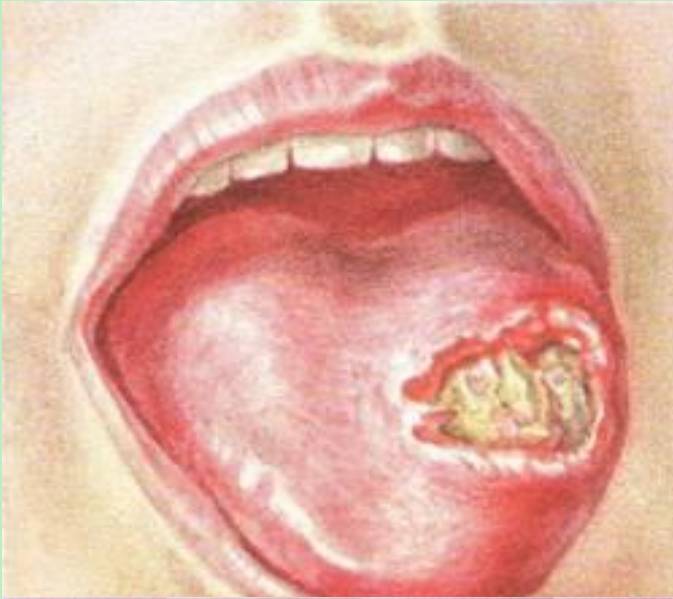
На початку захворювання утворюється щільний інфільтрат: спостерігаються гіперемія, інфільтрація з набряком окремих ділянок або всього кореня язика.

При подальшому прогресуванні, процес переходить в виразковий з набряком слизової оболонки і висипанням міліарний вузликів. Язик збільшується в розмірі.

Хворі скаржаться на незручність під час жування, ковтання, порушується артикуляція. З'являються густа слинотеча, неприємний присмак у роті, зміна смакової чутливості.

Туберкульозна виразка

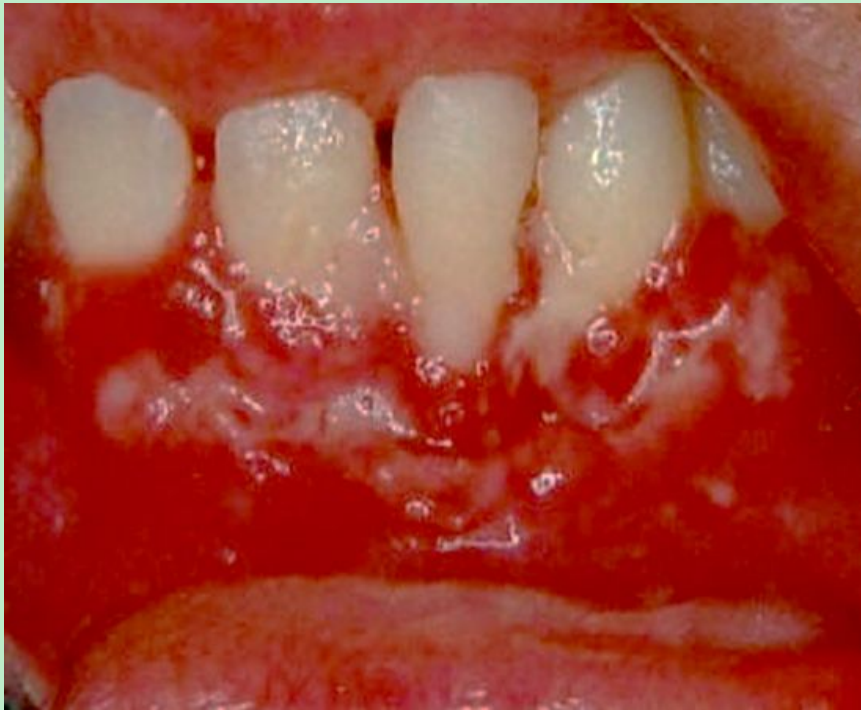
- Виразка має щілинну або округлу форму, краї підриті, дно вкрите в'ялими грануляціями, легко кровоточать при доторканні;
- на дні виразки виявляються вузлики жовтуватого або сірого кольору, болючі, вони можуть бути поодинокими і множинними.



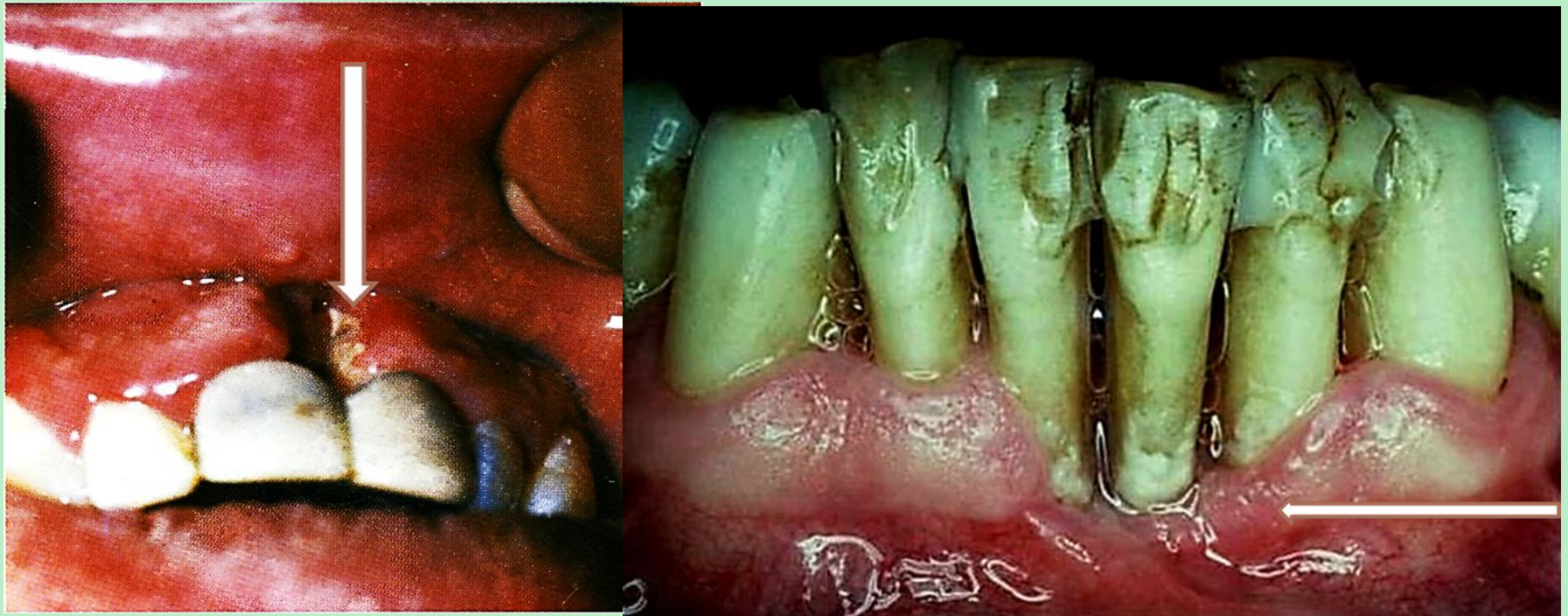
Виразковий туберкульоз
язика з міліарний
вузликами

Туберкульоз ясен

- Спостерігається ізольовано.*
- В області туберкульозного ураження тканина ясен спочатку набухає, стає дуже рихлою, болючою, гіперемованою і кровоточивою.*



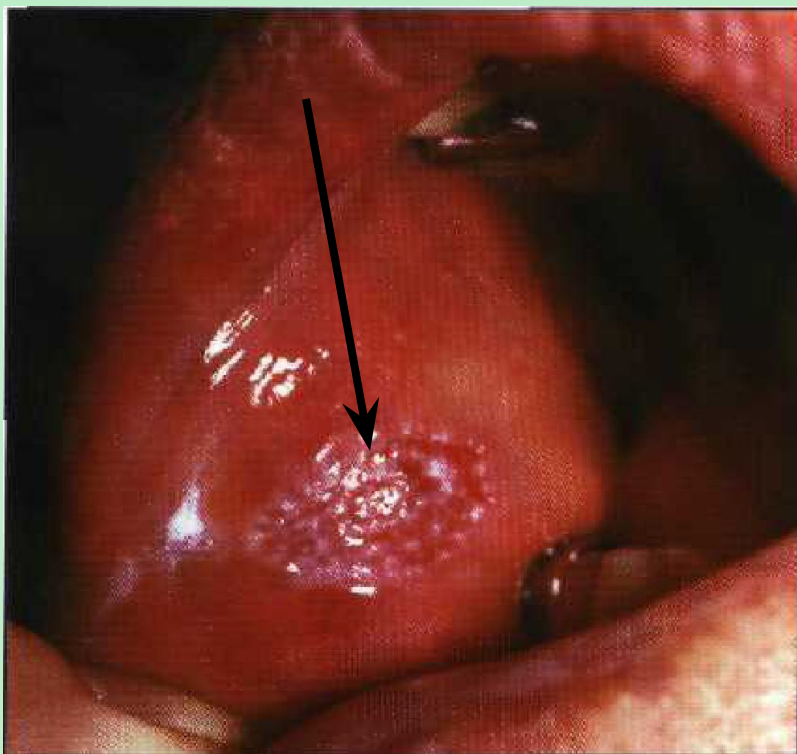
□ *При прогресуванні процесу утворюється туберкульозна виразка зі значно вираженими грануляціями.*



Туберкульоз слизової оболонки губ і щік

- Рідко буває ізольованим.***
- Основний елемент ураження - туберкульозна виразка, яка найчастіше розташовується по лініях складок на зовнішній і внутрішній поверхні губ, особливо у кута рота.***
- У гострій фазі зазвичай спостерігається значна болючість, набряклість обох губ з висипанням міліарних вузликів.***

□ *Інфільтративні і виразкові процеси можуть бути порівняно обмеженими, без реактивних явищ в окружності малоболючими, з соковитими грануляціями, схильністю до загоєння.*



Туберкулез слизистой оболочки щеки



Туберкулез слизистой оболочки губы

Туберкульоз твердого та м'якого піднебіння

Може бути різноманітного характеру:

від поверхневих, обмежених, у вигляді трещіноподібних ранок з незначною інфільтрацією до великого бугристого папіломатозного інфільтрату з характерними нерівними виразками.



Туберкульоз мигдаликів

Ураження мигдалин виникає при гематогенному і лимфогенном обсемененні МБТ.

*При огляді визначається збільшення мигдаликів, частіше одностороннє, без виділень в криптах.
Вони мають м'якоеластичну консистенцію.*

Носові раковини виглядають набряклими.

При заглоткових туберкульозних абсцесах спостерігається утруднене болісне ковтання і стенотичне дихання.

Основними формами є інфільтративна і виразкова.

При інфільтративній формі слизова оболонка потовщена, фолікули гіпертрофовані.

Виразкова форма спостерігається у вигляді поверхневої виразки обмежених ділянок, вкритих сіро-рожевими грануляціями. Часто в процес втягуються лімфатичні вузли шиї, що стають збільшеними і болючими.



ТУБЕРКУЛЬОЗ

ГЛОТКИ

- *Туберкульозне ураження глотки виникає частіше у хворих на хронічний туберкульоз легень, при якому має місце масивне виділення МБТ.*
- *Туберкульоз глотки часто пропускається через відсутність настороженості стоматологів щодо цієї патології або приймаються за інші захворювання, такі як хронічний ларингіт або карцинома глотки.*
- *Разом з тим, туберкульоз глотки вкрай контагіозна форма туберкульозу, що робить його найнебезпечнішим для медичного персоналу і для оточуючих !!!*

На слизовій оболонці м'якого піднебіння, піднебінних дужок і мигдаликів з'являється висип міліарний горбків у вигляді сірувато-жовтих точок величиною про голівку шпильки. Слизова оболонка трохи набрякла, гіперемована, інфільтрована.



Температура підвищується до 39-40 ° С. До лікаря хворі звертаються в більшості випадків в період появи виразки. Це плоскі виразки, які розташовуються на піднебінних дужках, задній стінці глотки, бічних валиках глотки, мигдалинах. Краї виразки підриті, нерівні, блідо-рожевого кольору.

Туберкульоз кісток і суглобів лицьового черепа:

- туберкульоз виличної кістки;*
- туберкульоз лобової кістки;*
- туберкульоз верхньої і нижньої щелепи,
скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС);*
- туберкульоз тканин періодонта.*

Туберкульоз лобової кістки

(Проявляється обмеженою і розвиненою деструкцією з переважним ураженням внутрішньої пластинки)

- Початок туберкульозного процесу в кістках черепа характеризується відсутністю болю.***
- Перебіг процесу повільний, але швидко прогресує.***
- Хворі починають скаржитися на тупий головний біль і на біль при натисканні на окремі ділянки черепа.***

- *Поступово на голові з'являється флюктууюча припухлість.*
- *Якщо гній виходить під шкіру, утворюється нарив, який прощупується у вигляді мішку з в'ялими стінками, наповненого легко рухомою рідиною.*
- *При натисканні на абсцес, розміри його у разі наскрізного прориву кістки помітно зменшуються через переміщення гною у порожнину черепа.*
- *На рентгенограмах – вид окремих вогнищ деструкції різної форми і розмірів з нечіткими контурами.*

Туберкульоз виличної кістки

Характеризується появою набряку і почервоніння верхньої і нижньої повіки.

Процес закінчується утворенням спаяного з кісткою рубця, який підтягує і вивертає повіко.

Рентгенологічна картина: діагностується один або кілька дрібних неглибоких осередків, на тлі яких проектується тіні секвестрів.

Туберкульоз щелеп

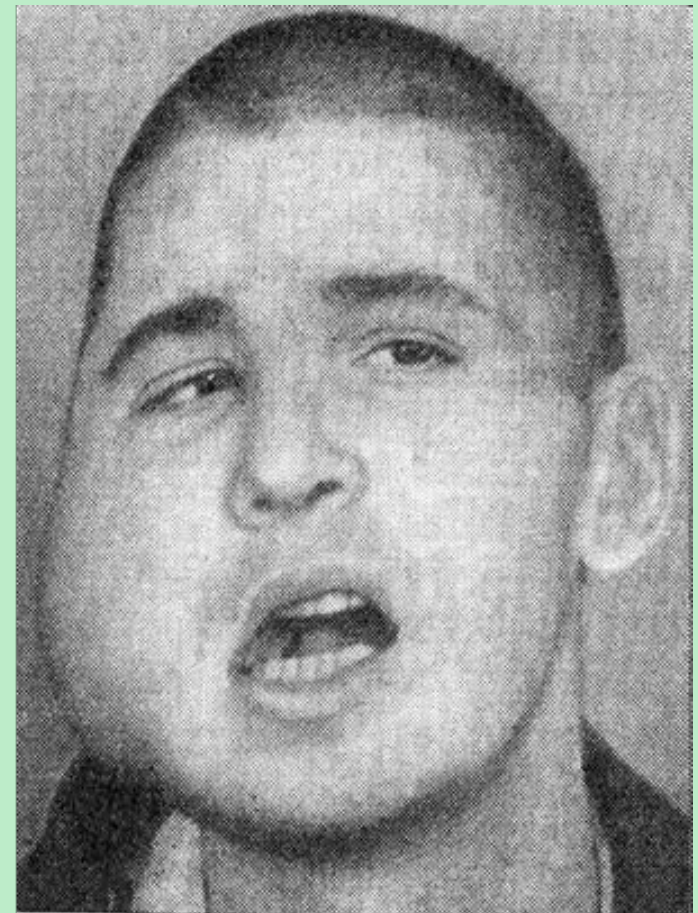
Характерна локалізація ураження:

- на передній поверхні в області нижнього краю очниці,*
- на виличному відростку,*
- на альвеолярному відростку.*

Найбільші клінічні прояви туберкульозу нижньої щелепи виявляються в двох формах:

- альвеолярна форма (розвивається при проникненні МБТ через кореневий канал пошкодженого зуба);*
- центральна форма (виникає в області кута нижньої щелепи, звідки процес поширюється на суглоб. Інфекція може проникати також з середнього вуха і з скроневої кістки).*

У міру розм'якшення інфільтрату поступово утворюється холодний абсцес, після оперативного або самовільного розкриття якого, за допомогою зонда вдається виявити кістковий дефект, та в деяких випадках порожнину.

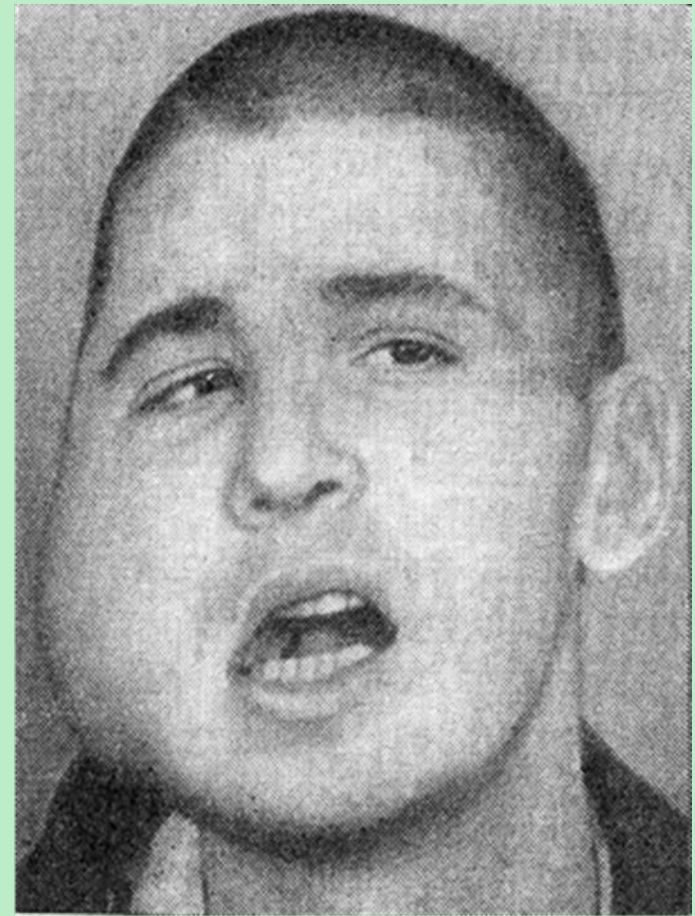


Виникають множинні норицеві ходи, оточені в'ялими грануляціями. Виділяється гній білуватого або злегка зеленуватого кольору, не однорідний, густий, з домішками грудочок.

- *При дослідженні альвеолярного відростку не вдається встановити особливих змін.*
- *При прориві кортикальних шарів кістки, слизова оболонка стає гіперемована, з'являється дифузна припухлість і, відбувається мимовільне відкриття туберкульозного вогнища з виділенням через норицевий хід рідкого гною з домішкою грудочок.*
- *При зондуванні норицевого ходу в товщі альвеолярного відростка виявляється порожнина, яка містить грануляції і дрібні секвестри.*

*При ураженні альвеолярного відростка
виникає картина хронічного
остеомієліту, що супроводжується:*

- розхитування і подальшим
випаданням зубів,*
- розвитком секвестрів,*
- появою норицевих ходів,*
- іноді настає і мимовільний перелом
нижньої щелепи.*



При туберкульозі щелепних кісток спостерігається одночасне ураження лімфатичних вузлів

□ Вони збільшуються, стають щільної консистенції.

□ В першу чергу уражаються підщелепні залози і залози підборіддя. Потім – поверхневі шийні лімфатичні залози.

□ Іноді лімфатичні залози згуртовуються між собою: їх рухливість обмежується.

□ При казеозному розплавленні лімфатичних залоз, центральні ділянки їх розм'якшуються з щільними краями.

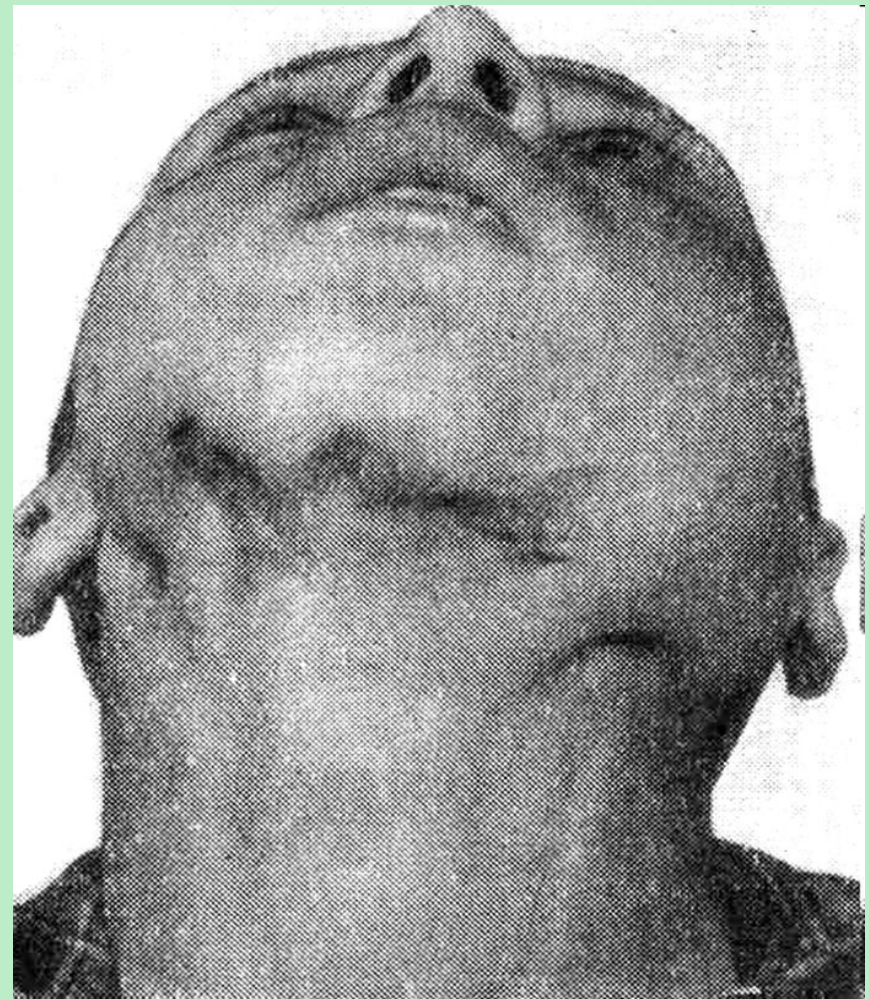
При рентгенологічному дослідженні альвеолярного відростка, ураженого туберкульозним періцементітом, зазначається:

- поступове зникнення компактної пластинки по краю альвеоли,*
- розсмоктування вогнищевих трабекул в області міжальвеолярних перегородок,*
- не різко виражені остеопоротичні свищі в прилеглій кістковій тканині.*

□ *При локалізації туберкульозного вогнища в області нижньої щелепи, на ділянці прикріплення жувальних м'язів, відзначається зростаюча контрактура щелеп.*

□ *Норицеві ходи відповідають розташуванню туберкульозного ураження.*

□ *В області туберкульозного ураження кута нижньої щелепи спаяні з кісткою рубці втягнуті.*



Рубцова деформація підборіддя і підщелепних відділів в результаті перенесеного туберкульозу нижньої щелепи, лімфатичних залоз і шкіри

- *Нориці можуть гоїтися, рубцюються, але потім поруч утворюються нові.*
- *Залишаються рубці - втягнуті, атрофічні, спотворюють обличчя і шию.*
- *Рентгенограми щелеп початкового періоду захворювання виявляють постійне руйнування кістки в межах округлого вогнища, що не має чітких меж.*



Туберкульоз тіла і кута нижньої щелепи, лімфатичних вузлів і шкіри; норицеві ходи

Прогресуючий артрит

- Діагностується поширення туберкульозного процесу на синовіальну оболонку.*
- Проявляється припухлістю суглоба, випіт в порожнину суглоба.*
- Перебіг тривалий, млявий.*
- Супроводжується локальними болями, обмеженнями функції суглоба. При загостренні – виникають запальні і деструктивні явища в суглобі, сильні болі, обмеження рухів з утворенням контрактур.*
- Можливий розвиток абсцесів з утворенням нориць на шкірі обличчя і зовнішнього слухового проходу.*

Рентгенологічні прояви прогресуючого артриту:

- ✓вогнищевий або дифузний остеопороз суглобової головки;*
- ✓руйнування кортикальних замикаючих пластинок;*
- ✓звуження суглобової щілини;*
- ✓розвиток фіброзних спайок в суглобі.*

Хронічний деструктивний артрит

Це тяжке ураження суглоба з:

- субтотальним або тотальним руйнуванням суглобових поверхонь,*
- грубою деформацією,*
- контрактурою.*

Рентгенологічні прояви хронічного деструктивного артриту

- ✓ виражений остеопороз,*
- ✓ деструкція кістки,*
- ✓ утворення секвестру.*

При ураженні скронево-нижньощелепного суглоба визначається:

- звуження суглобової щілини,*
- нечіткість і нерівність контурів суглобової поверхні,*
- глибока деструкція суглобових кінців кісток.*

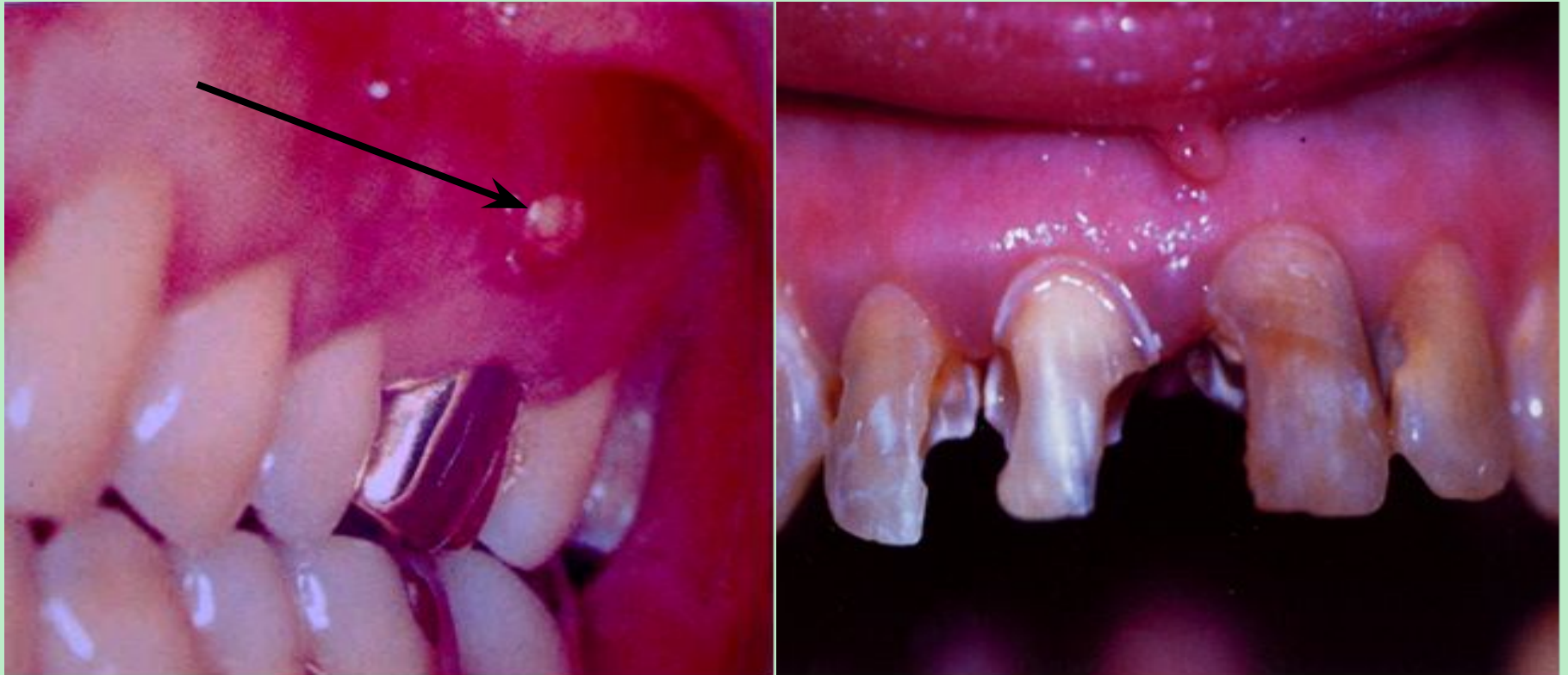
Туберкульоз тканин періодонту

Захворювання туберкульозної етіології з ураженням навкол зубних тканин об'єднують патологічні процеси:

- ✓ясен,*
- ✓періодонту,*
- ✓пародонту,*
- ✓кісткових альвеол.*

Проявом хронічного періодонтиту у хворих на туберкульоз є деструкція кісткової тканини на верхівці кореня зуба, що пояснюється порушенням обмінних процесів у цих пацієнтів і призводить до швидкої декальцінації зубів і кісток.

Запалення пульпи зубів у хворих на туберкульоз легень у більшості випадків протікає в хронічній формі, а серед проявів хронічного апікального періодонтиту переважають гранульоми.



Туберкульозний грануляційний періодонтит

У більшості хворих туберкульозний періодонтит має безсимптомний перебіг.

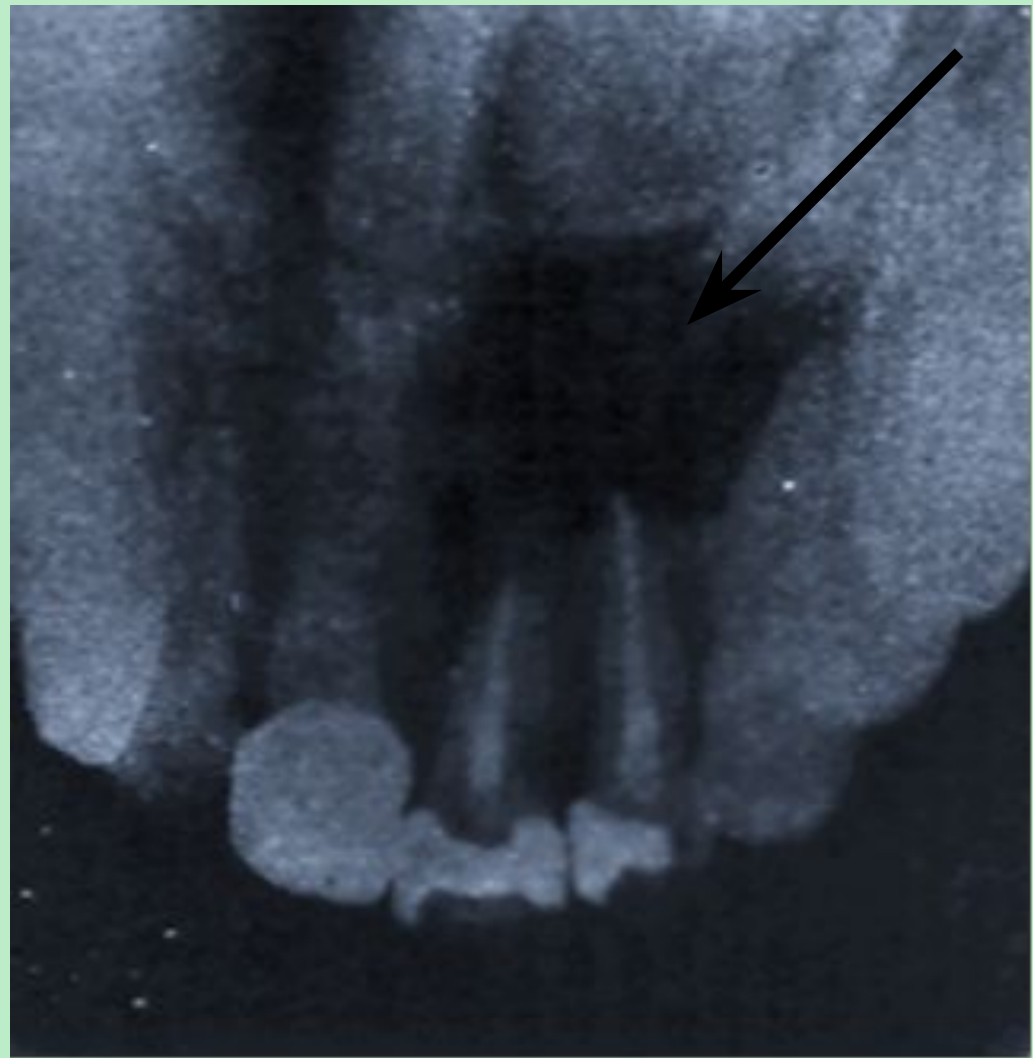
□ При огляді слизової оболонки в області проекції верхівки кореня зуба, визначається випинання, слизова оболонка має синюшний відтінок.

□ В області абсцесу виявляють нориці або рубець.

□ При пальпації м'яких тканин, які оточують уражений зуб, на яснах залишається ямка від натискання.

□ Зуби не витримують функціональних навантажень через ураження тканин, які фіксують зуб, і зниження його механічної щільності, і руйнуються.

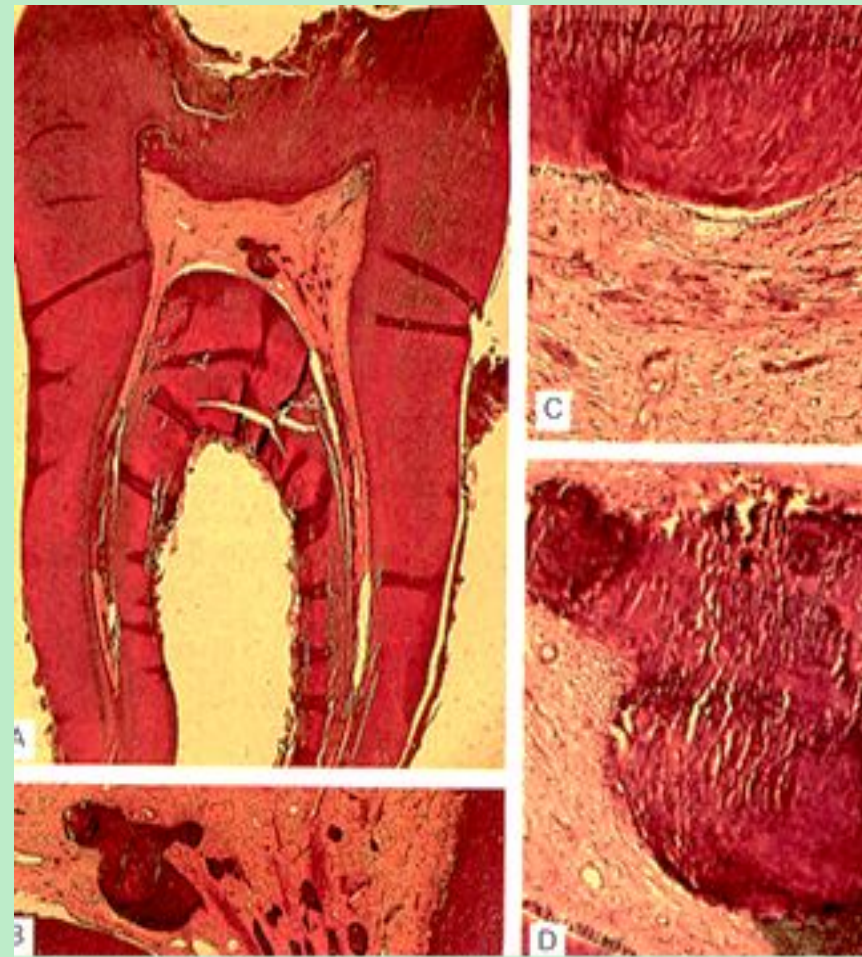
Рентгенологічні зміни проявляються у вигляді навкол зубних вогнищ на верхівці кореня з нечіткими контурами.



Рентгенологічна картина туберкульозного грануляційного періодонтиту

*Діагноз туберкульозу
верифікуються, якщо:*

- ✓ *діагностується виражене імунне запалення і скупчення епітеліоїдних і клітин Пирогова-Лангханса з ділянками специфічного казеозного детриту;*
- ✓ *при цитологічному дослідженні в мазках - відображення навколозубної гранульоми і при посіві гомогенату гранульоми виявляються МБТ.*



*Туберкулезное ураження пупьны,
періодонта*

ТУБЕРКУЛЬОЗ ПЕРИФЕРИЧНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ

Інфільтративна форма виникає на початку захворювання - в ЛВ розвивається специфічне запалення з утворенням туберкульозних гранульом.

Казеозна форма виникає при прогресуванні процесу з формуванням в ЛВ вогнищ казеозного некрозу, іноді з утворенням нориць.

При індуративній формі відбувається звапнення казеозно-некротичних мас. При пальпації ЛВ злегка болючі, щільної або щільно-еластичної консистенції. Часто вони зливаються в конгломерати, спаяні з підшкірною клітковиною.



Туберкульоз шкіри виникає внаслідок комплексного складного поєднання:

- *порушення фізіологічних функцій шкіри,*
- *зниження імунітету,*
- *підвищеної алергізуючій активності МБТ,*
- *розвиток сенсibiliзації.*

Чим слабкіше неспецифічний імунітет, тим активніше алергізація МБТ!

Клінічні форми туберкульозу шкіри

- *колліквативний туберкульоз (скрофулодерма);*
- *туберкульозний шанкр;*
- *виразковий туберкульоз шкіри;*
- *бородавчастий туберкульоз;*
- *папулонекротичний туберкульоз;*
- *міліарний дисемінований туберкульоз шкіри;*
- *міліарний-виразковий туберкульоз;*
- *індуративний туберкульоз шкіри (ущільнена еритема Базена);*
- *лишай золотушний (туберкульоз шкіри ліхеноїдний);*
- *розацеаподібний туберкулоїд Левандовського;*
- *туберкульозний вовчак.*

Коліквативний туберкульоз (скрофулодерма)

спостерігається переважно у дітей і підлітків

Розрізняють первинну і вторинну скрофулодерму:

Первинна скрофулодерма характеризується:

- з'являється на будь-якій ділянці шкіри,***
- гематогенне поширення МБТ в шкіру з ураженого туберкульозом органу,***
- множинні осередки уражень.***

Вторинна скрофулодерма – виникає з уражених туберкульозом периферичних лімфовузлів, рідше – кісток і суглобів.



Коліквативний туберкульоз (скрофулодерма)

При поширенні первинного вогнища на шкірі процес найчастіше локалізується:

- в області шиї (особливо в трикутнику під нижньою щелепою),*
- на щоках,*
- привушній раковині,*
- над- і підключичних ямках;*
- рідше – на кінцівках.*



Колліквативний туберкульоз (скрофулодерма)

Клінічні прояви

У підшкірно-жирової клітковині з'являється один або кілька щільних, чітко обмежених вузлів, величиною з велику горошину або лісового горіха.

Поступово збільшуючись, вузли можуть досягати величини курячого яйця, згуртовуються з поверхневими шарами шкіри, мають синюшно-червоний колір.



Коліквативний туберкульоз (скрофулодерма)

Надалі вузли:

- розм'якшуються,*
- перетворюються в холодні абсцеси, які розкриваються одним або декількома отворами,*
- виділяється рідкий, крхтоподібний гній з частинками некротичної тканини.*



Коліквативний туберкульоз (скрофулодерма)

Збільшення перфораційних отворів веде до утворення виразок:

- ✓ *Краї: тонкі, м'які, що нависають синюшного кольору.*
- ✓ *Дно: нерівне, з в'ялими жовтуватого кольору, що кровоточать грануляціями.*
- ✓ *Заживають повільно, залишаючи після себе нерівні рубці з перемичками.*



Коліквативний туберкульоз (скрофулодерма)

При вторинній скрофулодермі виразки:

- ✓ *глибші, проникаючі в тканину лімфовузла,*
- ✓ *після загоєння залишається втягнутий, щільний, нерівний рубець,*
- ✓ *в окремих випадках мають схильність до периферичної росту і можуть досягати дуже великих розмірів.*



Коліквативний туберкульоз (скрофулодерма)

Перебіг скрофулодерма хронічне з тенденцією до спонтанного виліковування.

Після загоєння виразок залишаються рубці у вигляді «мостів».



Туберкульозний шанкр

виникає надзвичайно рідко

Для його розвитку необхідно:

- контакт з хворим бактеріовидільником,*
- попадання в шкіру досить великої кількості МБТ.*

Етапи розвитку:

- первинне інфікування,*
- розвиток первинного туберкульозного комплексу.*



Туберкульозний шанкр
Клінічні прояви:

- *інкубаційний період (до 1-го місяця),*
- *в місці проникнення МБТ розвивається коричнево-червона папула щільної консистенції, без ознак гострого запалення,*

- ✓ *папула швидко розпадається з утворенням поверхневої безболісної виразки, розміром до 1,5 см з м'якими підритими краями ,*
- ✓ *виразка зберігається протягом декількох тижнів без змін.*



Туберкульозний шанкр
Клінічні прояви:

Через 3-8 тижнів від моменту появи виразки виникає регіонарний лімфаденіт:

- лімфовузли спочатку щільні, ізольовані, рухливі,*
- потім зливаються між собою, згуртовуються зі шкірою, розм'якшуються і часто розкриваються з утворенням виразок,*
- навколо виразок іноді формуються люпоми і процес може трансформуватися в вульгарний вовчак.*

Туберкульозний шанкр
Гістологічне дослідження

✓ *на ранній стадії - прояви гострого запалення з виразкою і вогнищами некрозу, виявляються численні МБТ,*

через 3-6 тижнів:

✓ *з'являються епітеліоїдні клітини і клітини Пирогова-Лангханса,*

✓ *типові гранульоми не утворюються,*

✓ *характерна ознака - казеозний некроз,*

✓ *кількість МБТ різко зменшується і гістологічно виявити їх не вдається.*

Туберкульозний шанкр

✓ *Заживе самотійно через 4-12 тижнів.*

✓ *До цього часу проба Манту стає позитивною.*



✓ *Надалі розвивається загальний туберкульоз, перебіг якого може бути різним.*

Виразковий туберкульоз шкіри

- ✓ *Розвивається при тяжкому перебігу туберкульозу.*
- ✓ *МБТ потрапляють на шкіру і слизові з виділеннями, тому вогнища ураження розташовуються в області природних отворів: рота, ніздрів, статевої щілини, заднього проходу.*



Виразковий туберкульоз шкіри

- ✓ *Протікає на тлі анергії - проба Манту негативна.*
- ✓ *Ця форма найбільш заразна.*
- ✓ *Первинний морфологічний елемент - кулястий горбик, який швидко покривається виразками.*



Виразковий туберкульоз шкіри
Характеристика виразок

- ✓ *Різко болючі, неглибокі.*
- ✓ *Краї: поліциклічні чи дрібнофестончасті із запальним віночком по периферії.*
- ✓ *Дно: жовтувате, мляво гранулюється, вкрите дрібними вузликами - «зернами Трелла».*

- ✓ *Розташовані близько один до одного виразки з'єднуються фістульозними ходами, які відкриваються норичевими отворами.*



Виразковий туберкульоз шкіри

Характеристика виразок

- ✓ *При введенні зонда в норицевий хід створюється враження порожнечі - «симптом дупла».*
- ✓ *Загоєння виразок протікає повільно і нерівномірно:*
 - *з одного боку виразки заміщуються рубцями,*
 - *а з іншого - можуть утворюватися нові вузли.*

 - *Внаслідок цього формуються нерівні, місцями втягнуті рубці, які місцями піднімаються, між якими формуються перемички і містки («волохаті рубці»).*



Бородавчастий туберкульоз

- ✓ *Зараження відбувається шляхом екзогенної інокуляції і вражає переважно шкіру рук, пальців і стоп.*
- ✓ *Перші прояви - нагадують велику бородавку.*

Сам вузлик представлений туберкульозною грануляційною тканиною і оточений перифокальним запальним інфільтратом.



Бородавчастий туберкульоз

Поступово збільшуючись, вузлик перетворюється в бляшкоподібне утворення з характерними ознаками:

- ✓ *в центральній частині вогнища виражений гіперкератоз;*
- ✓ *сіруваті бородавчасті розростання, розділені між собою бороздками і тріщинами;*
- ✓ *навколо них - інфільтрат темно-червоного кольору і бузковий вінець гіперемії.*



Бородавчастий туберкульоз

- ✓ *Розширення вогнища по периферії відбувається повільно.*
- ✓ *Одночасно, в центральній частині може розвиватися атрофія шкіри.*
- ✓ *Тривало існуючий бородавчастий туберкульоз може перейти в рак.*



Папулонекротичний туберкульоз

це різновид дисемінованого туберкульозу шкіри

- ✓ *гематогенне поширення МБТ в шкіру з ураженого туберкульозом органу;*
- ✓ *висипання нерідко виникають після перенесених гострих інфекційних захворювань;*
- ✓ *частіше у жінок 25-35 років;*
- ✓ *характерні сезонні загострення восени і навесні.*





Формування папулонекротичного туберкульозу шкіри

Папулонекротичний туберкульоз

Клінічні прояви

- ✓ *Висипання розташовуються розсіяно на гомілках, стегнах, сідницях, розгинальних поверхнях верхніх кінцівок, переважно в області суглобів.*
- ✓ *Характеризуються напівкулястими папулами (розміром 2-3 мм), безболісні, червонуватого кольору з синюшним відтінком, щільної консистенції.*



Міліарний дисемінований туберкульоз шкіри

- ✓ Зустрічається рідко.
- ✓ Розвивається у дітей на тлі міліарного туберкульозу і анергии (проба Манту негативна).

*Характеризується появою на шкірі
обличчя:*

*дрібних безболісних вузликів рожевого або
бурого кольору з вираженим запаленням,
можуть утворюватися виразки з
наступним рубцюванням або
розсмоктуються без сліду.*

*У виділеннях з виразки можна виявити
МБТ.*



Міліарний-виразковий туберкульоз шкіри

Починається з появи щільного вузлика:

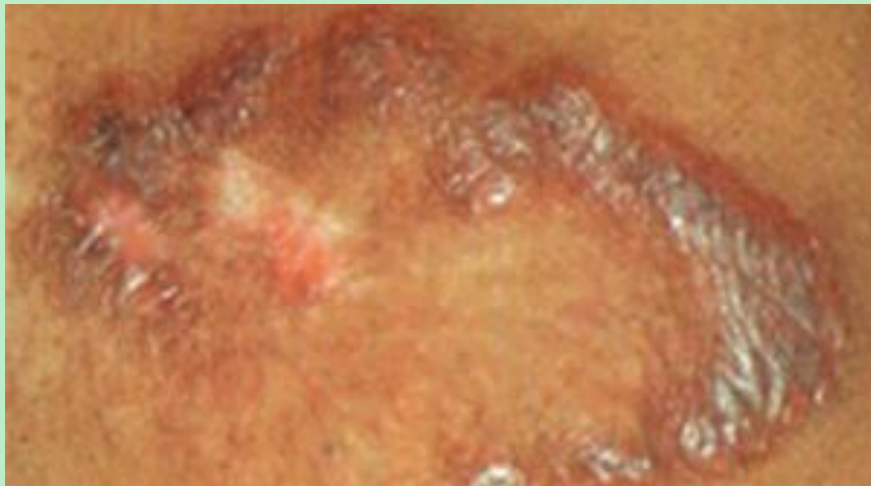
рожевого кольору,

діаметром до 1 мм,

швидко збільшується по периферії,

нагноюється,

покривається виразками.



Міліарний-виразковий туберкульоз шкіри

Характеристика виразки

- ✓ *різко болюча,*
- ✓ *збільшується в глибину і по периферії до 1-1,5 см в результаті злиття з сусідніми виразками,*
- ✓ *форма: округла,*
- ✓ *краї: м'які, підриті,*
- ✓ *дно: нерівне, зернисте, іноді визначаються жовті або сірувато-жовті дрібні абсцеси,*
- ✓ *відмежовується від здорових тканин запальним блідо-червоним обідком.*



Індуративний туберкульоз шкіри (ущільнена еритема Базена)

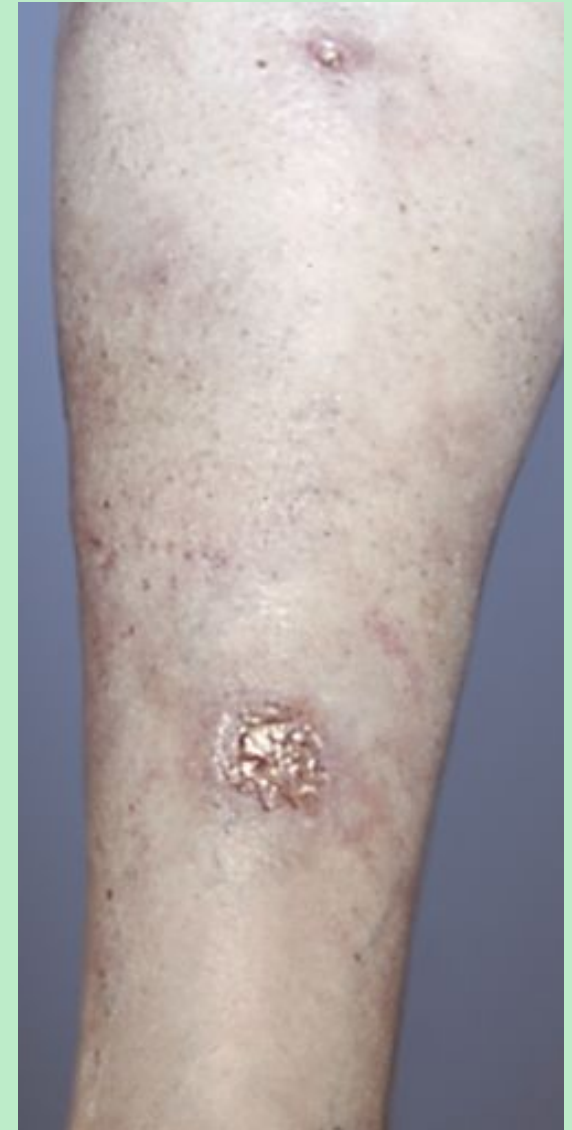
- ✓ *В основі захворювання - дермо-епідермальний алергічний васкуліт, викликаний підвищеною чутливістю до МБТ, які потрапляють в шкіру гематогенним або лімфогенним шляхом.*
- ✓ *Найчастіше зустрічається у молодих жінок зі зниженим імунітетом і страждають ендокринопатією.*
- ✓ *Характерно сезонне загострення (навесні і восени).*



Індуративний туберкульоз шкіри (ущільнена еритема Базена)

Клінічні прояви

- ✓ *локалізується на гомілках,*
- ✓ *починається з появи одиничних вузлів, які поступово збільшуються і перетворюються в більшу вузлуватість потовщеною форми,*
- ✓ *шкіра над інфільтратом спочатку має звичайний колір, в подальшому набуває застійно-синюшного відтінку.*



Індуративний туберкульоз шкіри (ущільнена еритема Базена)

Характеристика вузлів

- ✓ *мають тенденцію розташовуватися симетрично на обох гомілках,*
- ✓ *малоболючі,*

- ✓ *можуть зберігатися місяцями і повністю регресувати, залишаючи пігментацію і легку атрофію.*



Індуративний туберкульоз шкіри (ущільнена еритема Базена)

У третини пацієнтів:

- вузли розпадаються,*
- на їх місці формуються округлі виразки з підритими краями,*
-
- по краю виразок можна визначити ущільнення - специфічний інфільтрат, який ще не розпався - форма Гетчінсона.*



Лишай золотушний (Туберкульоз шкіри ліхеноїдний)

Найчастіше виникає в дитячому та юнацькому віці в результаті гематогенної дисемінації МБТ і завжди поєднується з іншими формами туберкульозу шкіри.



Проба Манту позитивна

*Лишай золотушний
(Туберкульоз шкіри ліхеноїдний)*
Характеристика вузлів:

- ✓ *локалізуються на бічних поверхнях тіла;*
- ✓ *величиною з просяне зерно кольору нормальної шкіри,*
- ✓ *можуть з'являтися групами у вигляді вогнищевих скупчень - мають плоску або конічну форму, пов'язані з волосяними фолікулами,*
- ✓ *не мають тенденції до злиття,*
- ✓ *можуть облущинюватись,*
- ✓ *свербіння не буває,*
- ✓ *можуть зберігатися тривалий час і самотійно регресувати.*



Розацеаподібний туберкулоїд Левандовського

*Характеризується:
появою на тлі розацеоподобного
почервоніння і телеангіоектазії,
ізолюваних міліарних папул:*

- безболісних,*
- рожево-коричневого кольору,*
- м'якої консистенції,*
- при діаскопії дають феномен «яблучного желе» і акніт,*
- елементи знаходяться на різних стадіях розвитку.*



Туберкульозний вовчак

- ✓ *Хронічне захворювання шкіри.*
- ✓ *МБТ потрапляють лімфогенним або гематогенним шляхом з вогнищ туберкульозу внутрішніх органів.*
- ✓ *Локалізується переважно на шкірі обличчя.*



Туберкульозний вовчак

Первинним елементом є люпома:

розташовуються поверхнево,

форма - напівкуляста,

колір - буро-рожевий,

консистенція - м'яка,

при пальпації - безболісна,



Туберкульозний вовчак

Первинним елементом є люпома

- ✓ *схильні до злиття з утворенням поверхневої інфільтрату буро-рожевого кольору, який іноді покривається виразками,*
- ✓ *відзначається феномен «яблучного желе»,*
- ✓ *при натисканні пуговчатим зондом, він легко проникає в тканину люпоми, утворюючи вдавлення (симптом Поспєлова, феномен зонда),*
- ✓ *піддаються фіброзу з формуванням деформуючих рубців.*





Туберкульоз шкіри (туберкульозний вовчак, плоска форма)

Туберкульоз слинних залоз

Розрізняють дві форми:

- ексудативну казеозну,*
- продуктивну склерозуючу.*

Відзначається повільне утворення пухлини з запальними проявами або вогнищами розм'якшення; можливе утворення свищів з виділенням густого сірого гною без запаху.

*Для діагностики застосовують
контрастну сіалографію*



До ознак туберкульозного сіалоденіта відносять:

ділянки деструкції слинних залоз у вигляді порожнин різної величини і форми;

нерівномірність розмірів часточок залоз в результаті атрофії і спустошення їх частини внаслідок розвитку сполучної тканини;

наявність звапніння. У деяких хворих кавернозне ураження слинних залоз супроводжується формуванням свищів.

Дякую за увагу!

