

*Лекция № 5*

*Клинические формы  
туберкулеза ротовой полости,  
челюстно-лицевой области*

**Профессор кафедры фтизиатрии и  
пульмонологии ЗГМУ  
Разнатовская Елена Николаевна**

***E mail:* [raznatovskaya@zsmu.zp.ua](mailto:raznatovskaya@zsmu.zp.ua)**

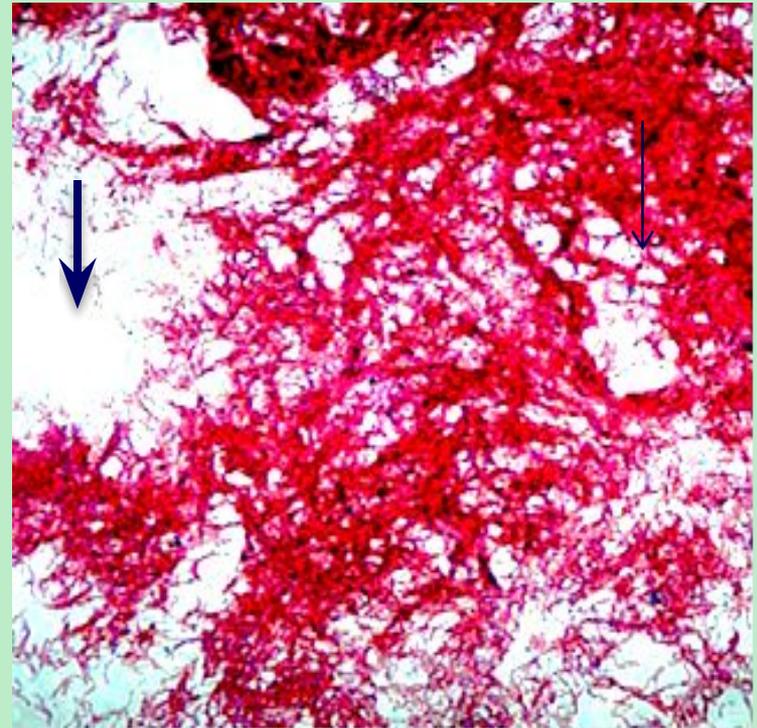
## ***Клинические формы туберкулеза ротовой полости, челюстно-лицевой области***

- ***1. Туберкулез слизистой оболочки ротовой полости:***
  - ***туберкулез языка;***
  - ***туберкулез десен;***
  - ***туберкулез слизистой оболочки губ и щек;***
  - ***туберкулез твердого и мягкого неба.***
- ***2. Туберкулез миндалин.***
- ***3. Туберкулез глотки.***
- ***4. Туберкулез костей и суставов лицевого черепа.***
- ***5. Туберкулез периферических лимфатических желез.***
- ***6. Туберкулез кожи и подкожной клетчатки.***
- ***7. Туберкулез слюнных желез.***

## *Туберкулез слизистой оболочки ротовой полости*

- Первичное туберкулезное поражение в полости рта выявляют крайне редко.*
- Заболевание возникает в случае эндогенной инфекции в больных с массивным бактериовыделением.*
- Язвы на слизистой оболочке могут быть единственным проявлением туберкулезных процессов в случае проникновения МБТ через поврежденную слизистую оболочку.*

*В слизистой оболочке образуются эпителиоидные бугорки (которые расположены непосредственно под эпителием) с гигантскими клетками Пирогова-Лангханса и пролиферацией соединительной ткани.*



*Гистологически* они характеризуются сплошным или гнездным отсутствием эпителия.

*Вследствие казеозного распада в случае прогрессирования инфильтратов образуются язвы.*

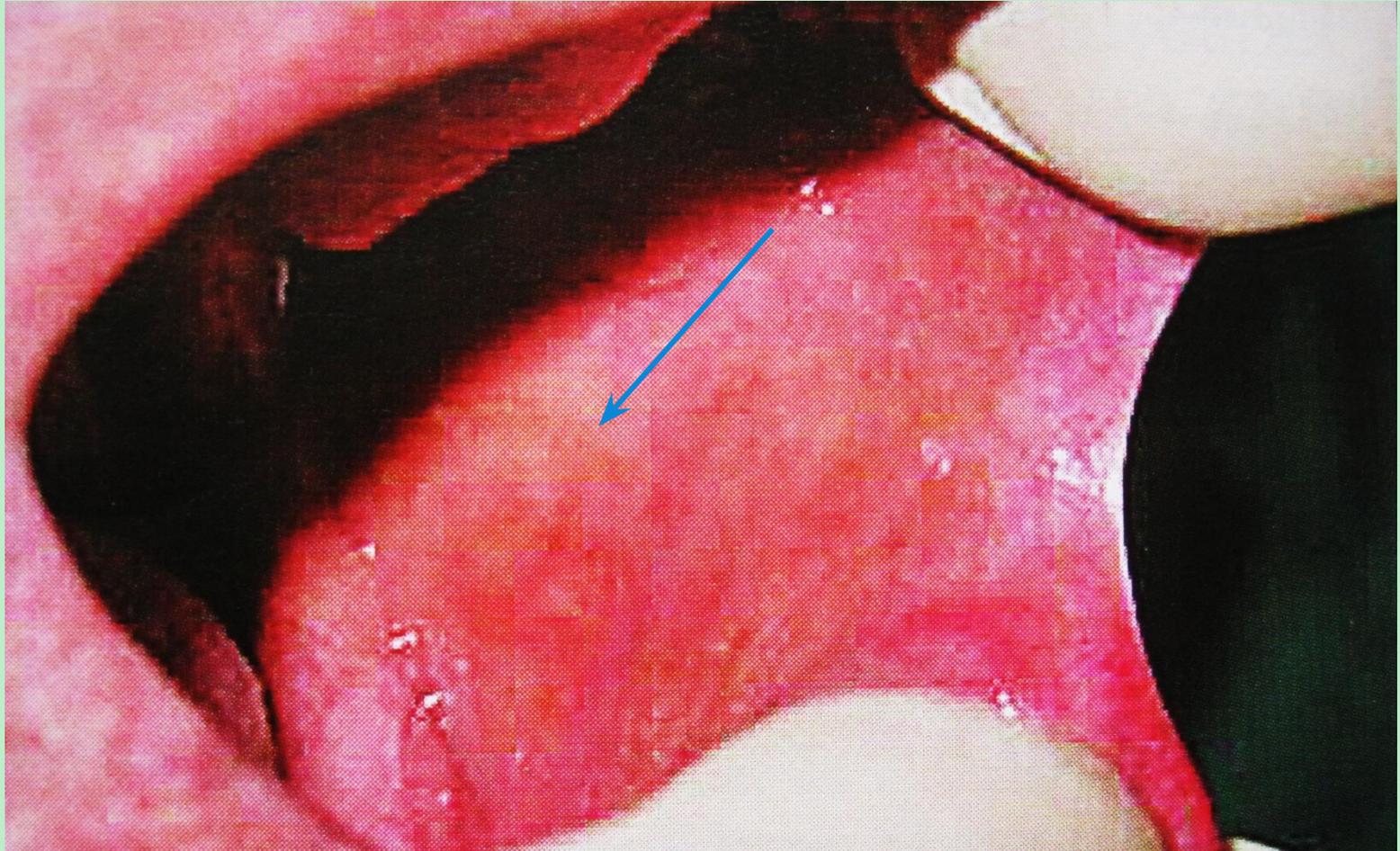
***Основными клинико-  
морфологическими формами  
туберкулеза слизистой оболочки  
ротовой полости являются:***

***Пинфилтративная,  
Пязвенная.***

*Цвет туберкулезного инфильтрата колеблется от ярко-красного (при острых экссудативных формах), до серого с соответствующими переходными оттенками.*



*Характерным признаком при туберкулезе слизистой оболочки полости рта является геморрагический синдром в виде петехий*



*Язвы имеют вид от небольших трещин до больших язв.*

***Дно язв** имеет вид поверхности, которая кровоточит и засеяна мелкими зернистыми грануляциями.*



***Края язв** неровные, чаще мягкие, но могут быть и плотными.*

*При **биопсии** содержимого язвы, выявляется типичная туберкулезная грануляция.*

# Туберкулез языка

Туберкулезом чаще всего поражается **корень языка** и может развиваться как изолированная форма, так и возникать при непосредственном его распространении из гортани или миндалин. Реже поражается тело и **кончик языка**.



***В начале** заболевания образуется плотный **инфильтрат**: наблюдаются гиперемия, инфильтрация с отечностью отдельных участков или всего корня языка.*

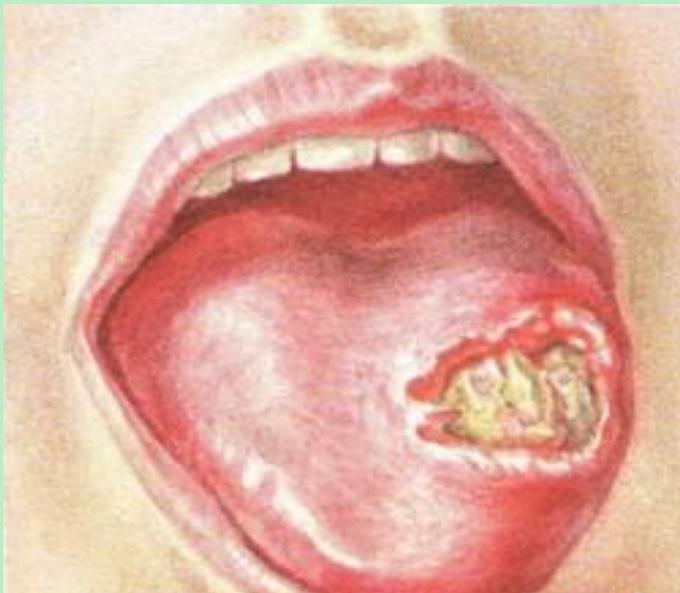
*При дальнейшем **прогрессировании**, процесс переходит в **язвенный** с отеком слизистой оболочки и высыпанием милиарных узелков. Язык увеличивается в размере.*

*Больные жалуются на неудобство во время жевания, глотания, нарушается артикуляция. Появляются густое слюноотечение, неприятный привкус во рту, изменение вкусовой чувствительности.*

# Туберкулёзная язва

□ Язва имеет щелевидную или округлую форму, края подрывты, дно покрыто вялыми грануляциями, легко кровоточащими при касании;

□ на дне язвы обнаруживаются узелки желтоватого или серого цвета, болезненны, они могут быть одиночными и множественными.



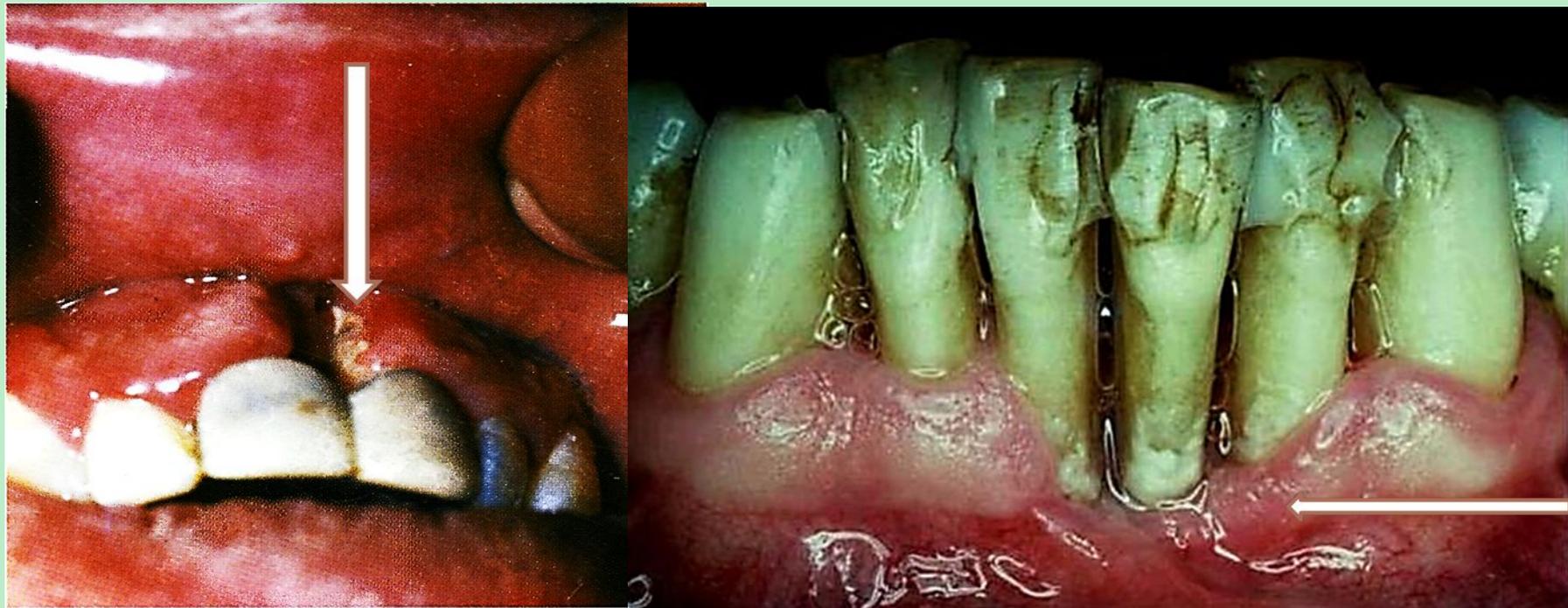
*Язвенный туберкулез языка  
с милиарными узелками*

# *Туберкулез десен*

- Наблюдается изолировано.*
- В области туберкулезного поражения ткань десны сначала набухает, становится очень рыхлой, болезненной, гиперемированной и кровоточивой.*



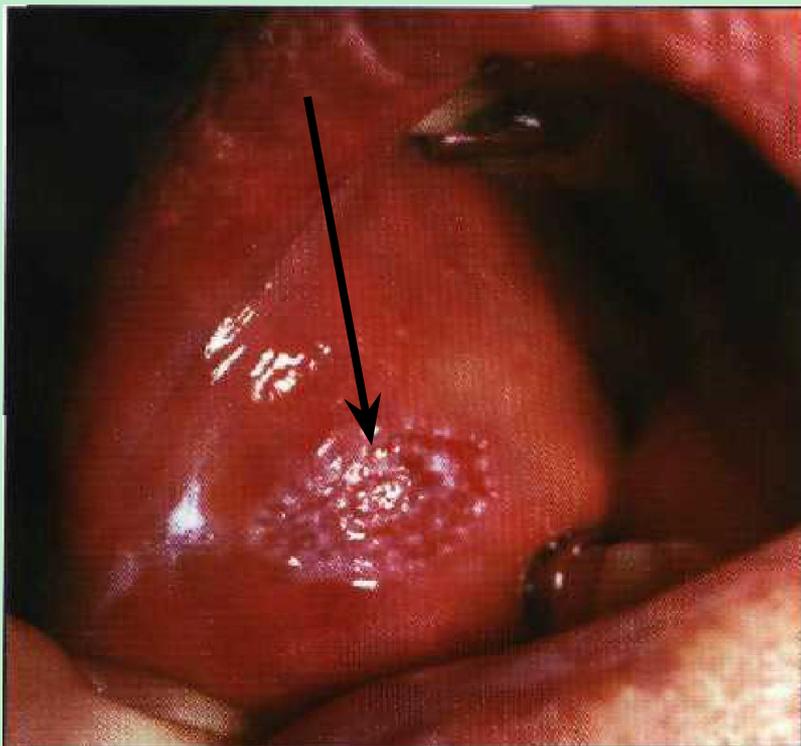
□ *При прогрессировании процесса образуется туберкулезная язва со значительно выраженными грануляциями.*



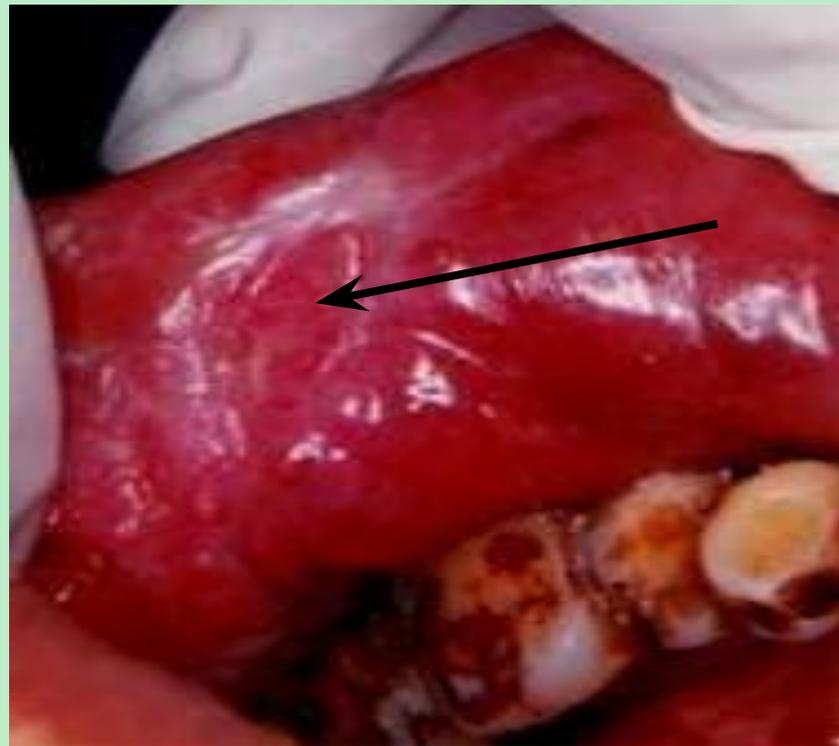
## ***Туберкулез слизистой оболочки губ и щек***

- Редко бывает изолированным.***
- Основной элемент поражения – туберкулезная язва, которая чаще всего располагается по линиям складок на наружной и внутренней поверхности губ, особенно у угла рта.***
- В острой фазе обычно наблюдается значительная болезненность, отечность обеих губ с высыпанием милиарных узелков.***

□ *Инфильтративные и язвенные процессы могут быть сравнительно ограниченными, без реактивных явлений в окружности малоболезненными, с сочными грануляциями, склонностью к заживлению.*



*Туберкулез слизистой оболочки щеки*



*Туберкулез слизистой оболочки губы*

# *Туберкулез твердого и мягкого неба*

*Может быть разнообразного характера:*

*от поверхностных, ограниченных, в виде трещинообразных язвочек с незначительной инфильтрацией до обширного бугристого папилломатозного инфильтрата с характерными неровными язвами.*



# *Туберкулез миндалин*

*Поражение миндалин возникает при гематогенном и лимфогенном обсеменении МБТ.*

*При осмотре определяется увеличение миндалин, чаще одностороннее, без отделяемого в криптах.*

*Они имеют мягкоэластическую консистенцию.*

*Носовые раковины выглядят набухшими.*

*При заглочочных туберкулезных абсцессах наблюдается затрудненное мучительное глотание и стенотическое дыхание.*

*Основными формами являются  
инфильтративная и язвенная.*

*□ При инфильтративной форме  
слизистая оболочка утолщена,  
фолликулы гипертрофированы.*

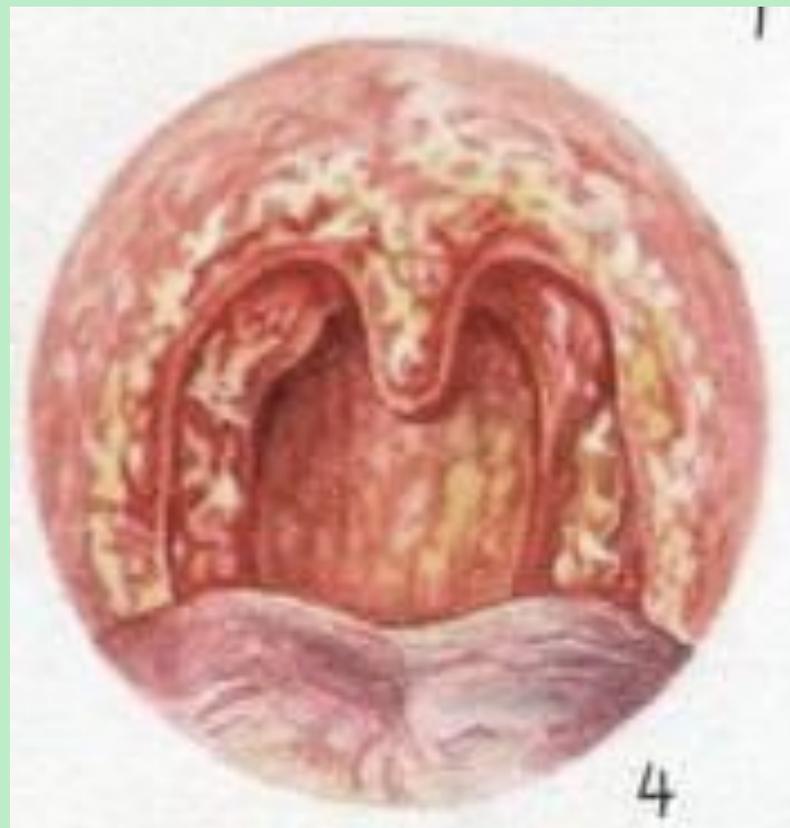
*□ Язвенная форма наблюдается в виде  
поверхностного изъязвления  
ограниченных участков, покрытых серо-  
розовыми грануляциями. Часто в  
процесс вовлекаются лимфатические  
узлы шеи, становящиеся увеличенными  
и болезненными.*



# ***Туберкулез глотки***

- Туберкулезное поражение глотки возникает чаще у больных хроническим туберкулезом легких, при котором имеет место массивное выделение МБТ.***
- Туберкулез глотки часто пропускается из-за отсутствия настороженности стоматологов относительно этой патологии или принимаются за другие заболевания, такие как хронический ларингит или карцинома глотки.***
- Вместе с тем, туберкулез глотки крайне контагиозная форма туберкулеза, что делает его опаснейшим для медицинского персонала и для окружающих!!!***

*На слизистой оболочке мягкого неба, небных дужек и миндалин появляется высыпание милиарных бугорков в виде серовато-желтых точек величиной о головку булавки. Слизистая оболочка немного отечная, гиперемирована, инфильтрирована.*



*Температура повышается до 39-40°C. К врачу больные обращаются в большинстве случаев в период появления язвы. Это плоские язвы, которые располагаются на небных дужках, задней стенке глотки, боковых валиках глотки, миндалинах. Края язвы подрытые, неровные, бледно-розового цвета.*

# *Туберкулез костей и суставов лицевого черепа:*

- туберкулез скуловой кости;*
- туберкулез лобной кости;*
- туберкулез верхней и нижней челюсти,  
височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС);*
- туберкулез тканей периодонта.*

# ***Туберкулез лобной кости*** (проявляется ограниченной и разлитой деструкцией с преобладающим поражением внутренней пластинки)

- *Начало туберкулезного процесса в костях черепа характеризуется отсутствием боли.*
- *Течение процесса медленное, но быстро прогрессирует.*
- *Больные начинают жаловаться на тупую головную боль и на боль при нажатии на отдельные участки черепа.*

- *Постепенно на голове появляется флюктуирующая припухлость.*
- *Если гной выходит под кожу, образуется нарыв, который прощупывается в виде мешка с вялыми стенками, наполненного легко подвижной жидкостью.*
- *При нажатии на абсцесс, размеры его в случае сквозного прорыва кости заметно уменьшаются через перемещение гноя в полость черепа.*
- *На рентгенограммах – вид отдельных очагов деструкции разной формы и размеров с нечеткими контурами.*

# *Туберкулез скуловой кости*

*Характеризуется появлением отека и покраснение  
верхнего и нижнего век.*

*Процесс заканчивается образованием спаянного с  
костью рубца, который подтягивает и выворачивает  
веко.*

*Рентгенологическая картина: диагностируется один  
или несколько мелких неглубоких очагов, на фоне  
которых проектируются тени секвестров.*

# Туберкулез челюстей

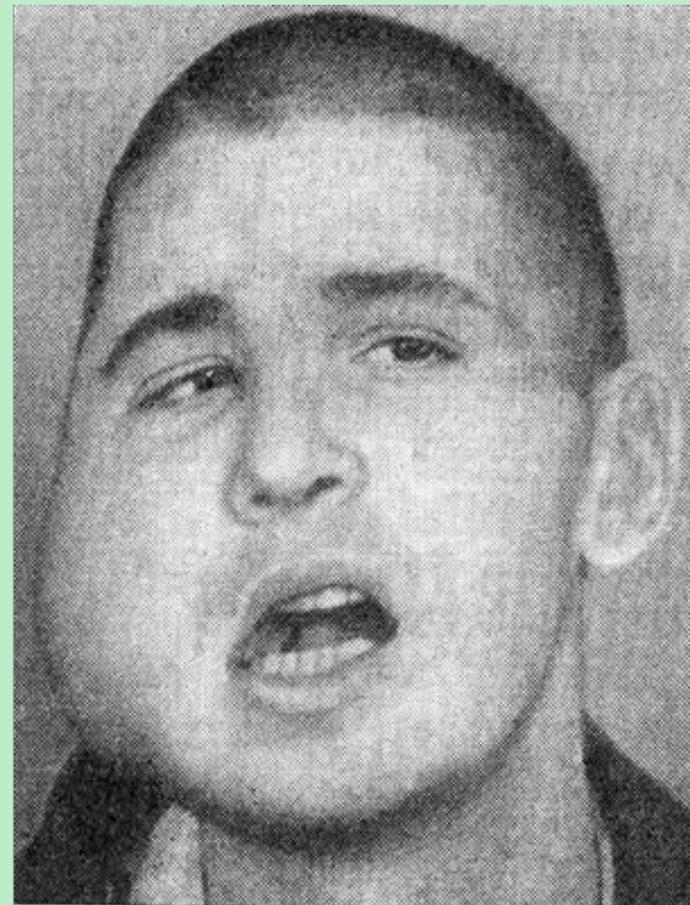
*Характерная локализация поражения:*

- ✓ *на передней поверхности в области нижнего края глазницы,*
- ✓ *на скуловом отростке,*
- ✓ *на альвеолярном отростке.*

*Наибольшие клинические проявления туберкулеза нижней челюсти проявляются в двух формах:*

- ✓ *альвеолярная форма (развивается при проникновении МБТ через корневой канал поврежденного зуба);*
- ✓ *центральная форма (возникает в области угла нижней челюсти, откуда процесс распространяется на сустав. Инфекция может проникать также из среднего уха и с височной кости).*

*По мере размягчения инфильтрата постепенно образуется холодный абсцесс, после оперативного или самовольного вскрытия которого, с помощью зонда удаётся выявить костный дефект, а в некоторых случаях полость.*

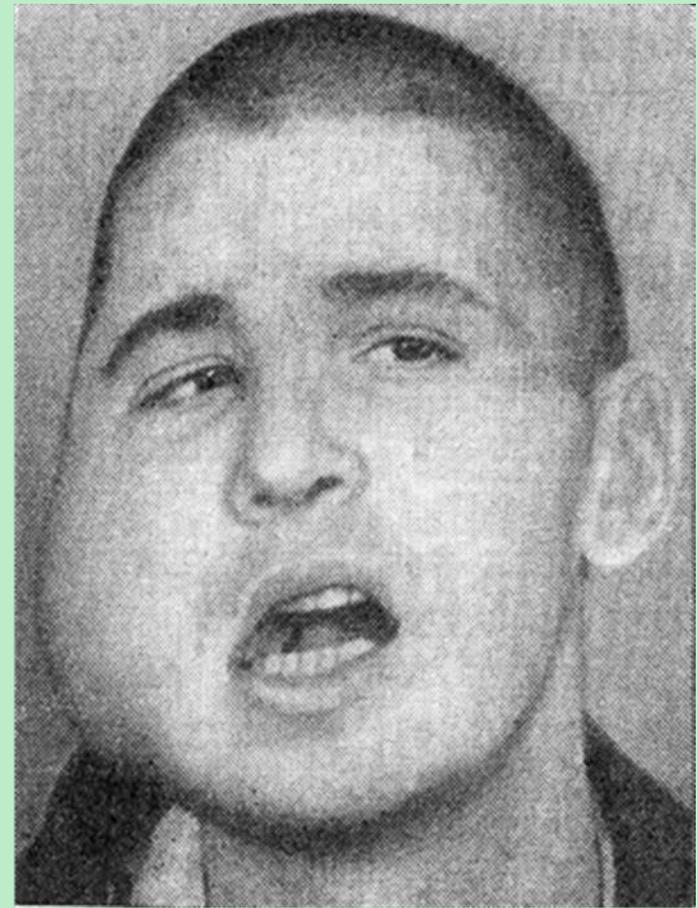


*Возникают множественные свищевые ходы, окруженные вялыми грануляциями. Выделяется гной беловатого или слегка зеленоватого цвета, не однородный, сливкообразный, с примесями комочков.*

- *При исследовании альвеолярного отростка не удается установить особых изменений.*
- *При прорыве кортикальных пластов кости, слизистая оболочка становится гиперемирована, появляется диффузная припухлость и, происходит невольное вскрытие туберкулезного очага с выделением через свищевой ход жидкого гноя с примесью комочков.*
- *При зондировании свищевого хода в толще альвеолярного отростка выявляется полость, которая содержит грануляции и мелкие секвестры.*

При поражении **альвеолярного отростка** возникает картина **хронического остеомиелита**, что сопровождается:

- ✓ расшатыванием и последующим выпадением зубов,
- ✓ развитием секвестров,
- ✓ появлением свищевых ходов,
- ✓ иногда наступает и невольный перелом нижней челюсти.



***При туберкулезе челюстных костей наблюдается одновременное поражение лимфатических узлов***

***□Они увеличиваются, становятся плотной консистенции.***

***□В первую очередь поражаются подчелюстные ЛУ и узлы подбородка.  
Затем – поверхностные шейные ЛУ.***

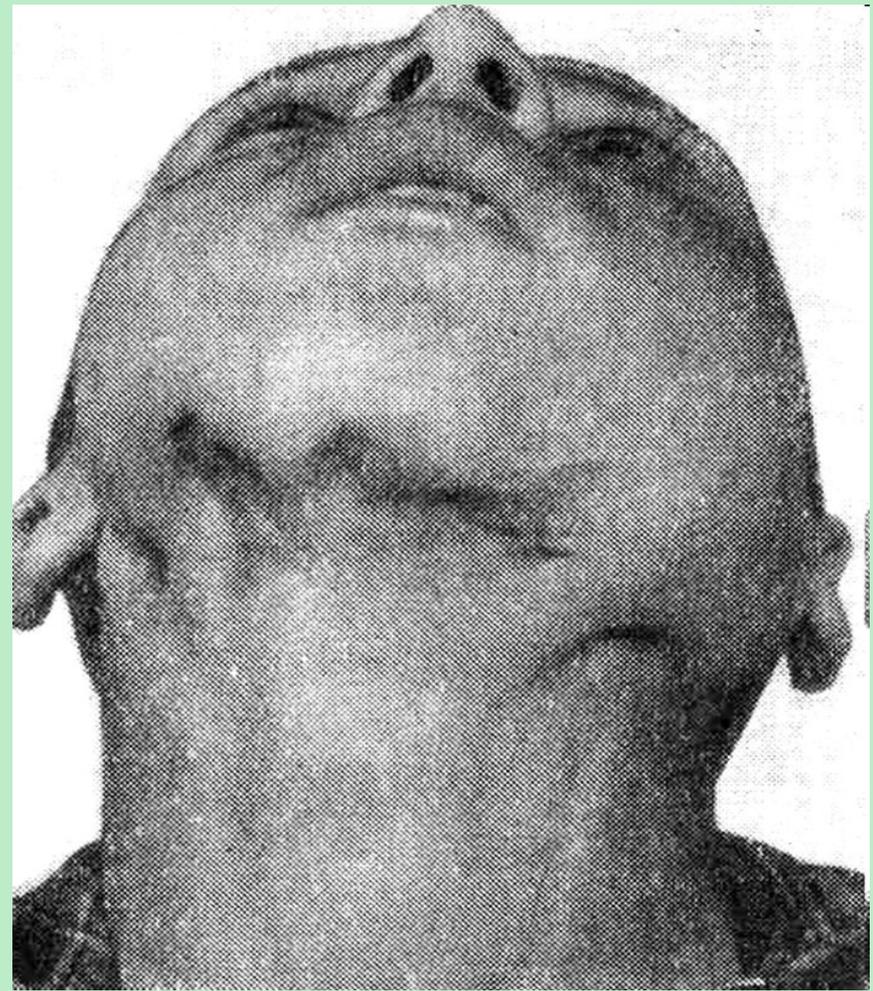
***□Иногда ЛУ спаиваются между собой: их подвижность ограничивается.***

***□При казеозном расплавлении ЛУ, центральные участки их  
размягчаются с плотными краями.***

**При рентгенологическом исследовании альвеолярного отростка, пораженного туберкулезным перицементитом, отмечается:**

- ✓ постепенное исчезновение компактной пластинки по краю альвеолы,**
- ✓ рассасывание очаговых трабекул в области межальвеолярных перегородок ,**
- ✓ не резко выраженные остеопоротические свищи в близлежащей костной ткани.**

- *При локализации туберкулезного очага в области нижней челюсти, на участке прикрепления жевательной мышцы, отмечается возрастающая контрактура челюстей.*
- *Свищевые ходы отвечают расположению туберкулезного поражения.*
- *В области туберкулезного поражения угла нижней челюсти спаянные с костью рубцы втянуты.*



*Рубцовая деформация подбородочного и подчелюстных отделов в результате перенесенного туберкулеза нижней челюсти, лимфатических узлов и кожи*

- *Свищи могут заживать, рубцуются, но затем рядом образуются новые.*
- *Остающиеся рубцы – втянутые, атрофические, обезображивающие лицо и шею.*
- *Рентгенограммы челюстей начального периода заболевания выявляют постоянное разрушение кости в пределах округлого очага, не имеющего четких границ.*



*Туберкулез тела и угла нижней челюсти, лимфатических узлов и кожи; свищевые ходы*

# *Прогрессирующий артрит*

- Диагностируется распространение туберкулезного процесса на синовиальную оболочку.*
- Проявляется припухлостью сустава, выпот в полость сустава.*
- Течение длительное, вялое.*
- Сопровождается локальными болями, ограничениями функции сустава. При обострении – возникают воспалительные и деструктивные явления в суставе, сильные боли, ограничение движений с образованием контрактур.*
- Возможно развитие абсцессов с образованием свищей на коже лица и внешнего слухового прохода.*

## *Рентгенологические проявления прогрессирующего артрита:*

- ✓очаговый или диффузный остеопороз суставной головки;*
- ✓разрушение кортикальных замыкающих пластинок;*
- ✓сужение суставной щели;*
- ✓развитие фиброзных спаек в суставе.*

# *Хронический деструктивный артрит*

*Это тяжелое поражение сустава с:*

- ✓ субтотальным или тотальным разрушением суставных поверхностей,*
- ✓ грубой деформацией,*
- ✓ контрактурой.*

## *Рентгенологические проявления хронического деструктивного артрита*

- ✓выраженный остеопороз,*
- ✓деструкция кости,*
- ✓образование секвестра.*

### *При поражении височно-нижнечелюстного сустава определяется:*

- ✓сужение суставной щели,*
- ✓нечеткость и неровность контуров суставной поверхности,*
- ✓более глубокая деструкция суставных концов костей.*

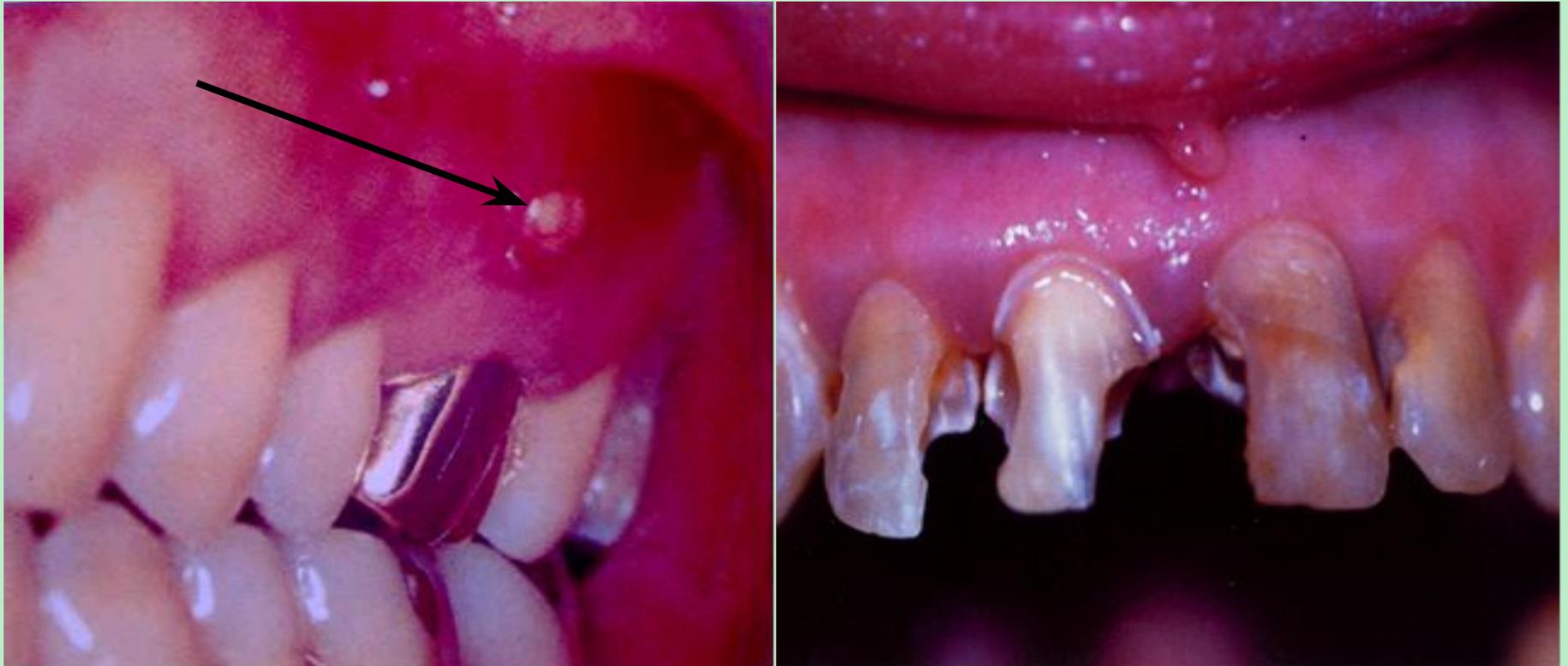
# *Туберкулез тканей периодонта*

*Заболевание туберкулезной этиологии с поражением околозубных тканей объединяют патологические процессы:*

- ✓ десны,*
- ✓ пародонта,*
- ✓ периодонта,*
- ✓ костных альвеол.*

*Проявлением хронического периодонтита у больных туберкулезом является деструкция костной ткани на верхушке корня зуба, что объясняется нарушением обменных процессов у этих пациентов и приводит к быстрой декальцинации зубов и костей.*

*Воспаление пульпы зубов у больных туберкулезом легких в большинстве случаев протекает в хронической форме, а среди проявлений хронического апикального периодонтита преобладают гранулемы.*

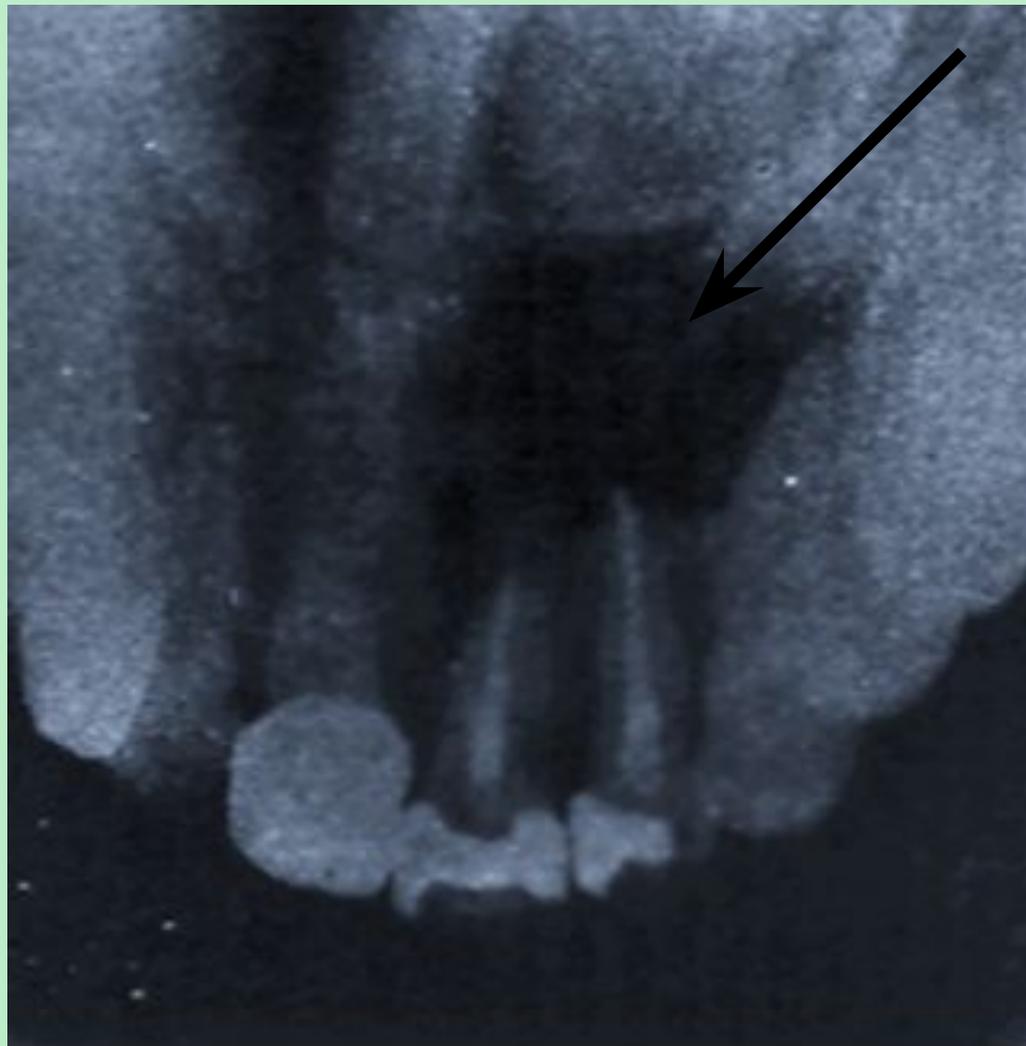


*Туберкулезный грануляционный периодонтит*

*В большинстве больных туберкулезный периодонтит протекает бессимптомно.*

- ✓ При осмотре слизистой оболочки в области проекции верхушки корня зуба, определяется выпячивание, слизистая оболочка имеет синюшный оттенок.*
- ✓ В области абсцесса выявляют свищи или рубец.*
- ✓ При пальпации мягких тканей, которые окружают пораженный зуб, на десне остается ямка от нажатия.*
- ✓ Зубы не выдерживают функциональных нагрузок через поражение тканей, которые фиксируют зуб, и снижения его механической плотности, и разрушаются.*

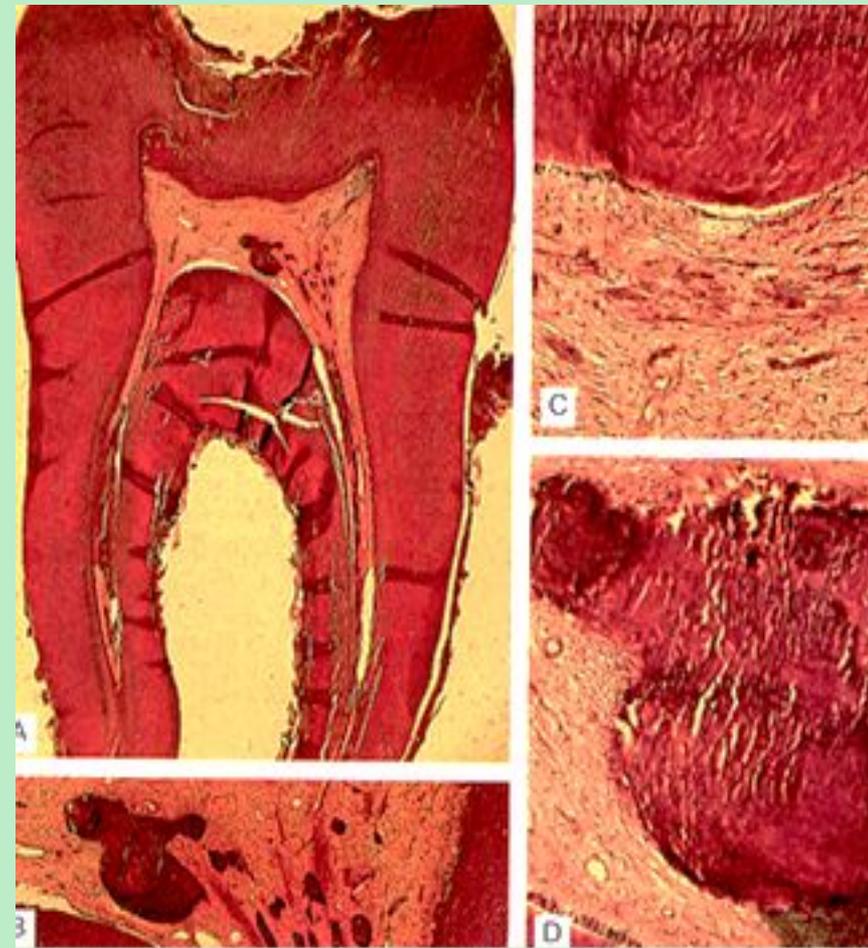
*Рентгенологические  
изменения  
проявляются в виде  
околозубных очагов на  
верхушке корня с  
нечеткими контурами.*



*Рентгенологическая картина  
туберкулезного грануляционного  
периодонтита*

*Диагноз туберкулеза  
верифицируется, если:*

- ✓ диагностируется выраженное  
иммунное воспаление и скопление  
эпителиоидных и клеток  
Пирогова-Лангханса с участками  
специфического казеозного  
детрита;*
- ✓ при цитологическом исследовании  
в мазках – отражения околозубной  
гранулемы и при посеве гомогената  
гранулемы выявляются МБТ.*



*Туберкулезное поражение пульпы,  
периодонта*

# Туберкулез периферических лимфатических узлов

Инфильтративная форма возникает в начале заболевания - в ЛУ развивается специфическое воспаление с образованием туберкулезных гранулем.

Казеозная форма возникает при прогрессировании процесса с формированием в ЛУ очагов казеозного некроза, иногда с образованием свищей.

При индуративной форме происходит обызвествление казеозно-некротических масс. При пальпации ЛУ слегка болезненны, плотной или плотноэластической консистенции. Часто они сливаются в конгломераты, спаяны с подкожной клетчаткой.



***Туберкулез кожи*** возникает вследствие  
комплексного сложного сочетания:

- 1.нарушение физиологических функций кожи,***
- 2.снижение иммунитета,***
- 3.повышенная аллергизирующая активность МБТ,***
- 4.развитие сенсibilизации.***

***Чем слабее неспецифический иммунитет, тем  
активнее аллергия МБТ!***

# *Клинические формы туберкулеза кожи:*

- *колликвативный туберкулез (скрофулодерма);*
- *туберкулезный шанкр;*
- *язвенный туберкулез кожи;*
- *бородавчатый туберкулез;*
- *папулонекротический туберкулез;*
- *милиарный диссеминированный туберкулез кожи;*
- *милиарно-язвенный туберкулез;*
- *индуративный туберкулез кожи (уплотненная эритема Базена);*
- *лишай золотушный (туберкулез кожи лихеноидный);*
- *розацеаподобный туберкулоид Левандовского;*
- *туберкулезная волчанка.*

# ***Колликвативный туберкулез (скрофулодерма)***

*наблюдается преимущественно у детей и подростков*

***Различают первичную и вторичную скрофулодерму:***

***Первичная скрофулодерма*** характеризуется :

- ✓ *появляется на любом участке кожи,*
- ✓ *гематогенное распространение МБТ в кожу из пораженного туберкулезом органа,*
- ✓ *множественные очаги поражений.*

***Вторичная скрофулодерма*** – возникает с пораженных туберкулезом периферических лимфоузлов, реже - костей и суставов.



*Колликувативный туберкулез (скрофулодерма)*

*При распространении первичного очага на коже процесс чаще всего локализуется:*

- ✓ в области шеи (особенно в треугольнике под нижней челюстью),*
- ✓ на щеках,*
- ✓ околоушной раковины,*
- ✓ над- и подключичных ямках;*
- ✓ реже – на конечностях.*



*Колликувативный туберкулез (скрофулодерма)*

## ***Клинические проявления***

***В подкожно-жировой клетчатке появляется один или несколько плотных, четко ограниченных узлов, величиной с большую горошину или лесного ореха.***

***Постепенно увеличиваясь, узлы могут достигать величины куриного яйца, спаиваются с поверхностными пластами кожи, имеют синюшно-красный цвет.***



## Колликувативный туберкулез (скрофулодерма)

*В дальнейшем узлы:*

- ✓ *размягчаются,*
- ✓ *превращаются в холодные абсцессы, которые вскрываются одним или несколькими отверстиями,*
- ✓ *выделяется жидкий, крошкоподобный гной с частицами некротической ткани.*



## *Колликативный туберкулез (скрофулодерма)*

*Увеличение перфорационного отверстия ведет к образованию язв:*

- ✓ *Края: тонкие, мягкие, нависающие синюшного цвета.*
- ✓ *Дно: неровное, с вялыми желтоватого цвета кровоточащими грануляциями.*
- ✓ *Заживают медленно, оставляя после себя неровные рубцы с перемычками.*



## *Колликувативный туберкулез (скрофулодерма)*

### *При вторичной скрофулодерме язвы:*

- ✓ *более глубокие, проникающие в ткань лимфоузла,*
- ✓ *после заживления остается втянутый, плотный, неровный рубец,*
- ✓ *в отдельных случаях имеют склонность к периферическому росту и могут достигать очень больших размеров.*



## *Колликувативный туберкулез (скрофулодерма)*

*Течение скрофулодермы хроническое с тенденцией к спонтанному излечению.*

*После заживления язв остаются рубцы в виде «мостов».*



# *Туберкулезный шанкр*

*возникает чрезвычайно редко*

*Для его развития необходимо:*

- ✓ контакт с больным бактериовыделителем,*
- ✓ попадание в кожу довольно большого количества МБТ.*

*Этапы развития:*

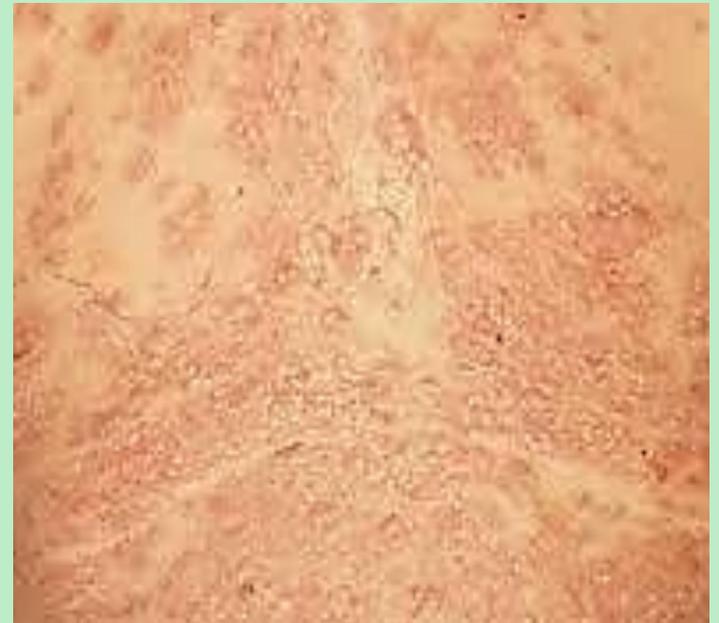
- 1. первичное инфицирование,*
- 2. развитие первичного туберкулезного комплекса.*



## Туберкулезный шанкр

### *Клинические проявления:*

- ✓ *инкубационный период (до 1-го месяца),*
- ✓ *в месте проникновения МБТ развивается коричневато-красная папула плотной консистенции, без признаков острого воспаления,*
- ✓ *папула быстро распадается с образованием поверхностной безболезненной **язвы**, размером до 1,5 см с мягкими подрытыми краями,*
- ✓ *язва сохраняется на протяжении нескольких недель без изменений.*



## *Туберкулезный шанкр*

### ***Клинические проявления:***

*Через 3-8 недель от момента появления язвы возникает регионарный лимфаденит:*

- ✓ лимфоузлы сначала плотные, изолированные, подвижные,*
- ✓ затем сливаются между собой, спаиваются с кожей, размягчаются и часто вскрываются с образованием язв,*
- ✓ вокруг язв иногда формируются люпомы и процесс может трансформироваться в вульгарную волчанку.*

## *Туберкулезный шанкр*

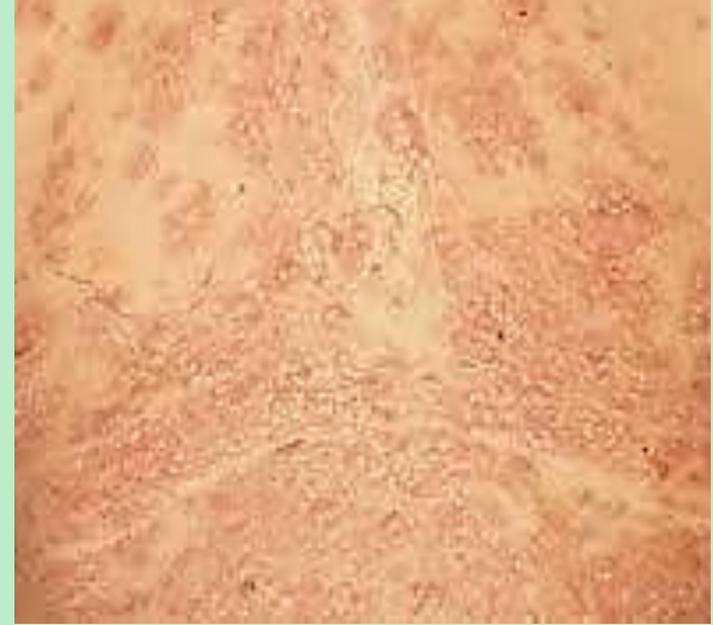
### *Гистологическое исследование:*

- ✓ *на ранней стадии - проявления острого воспаления с изъязвлением и очагами некроза, обнаруживаются многочисленные МБТ,*
  
- ✓ *через 3-6 недель:*
  - *появляются эпителиоидные клетки и клетки Пирогова-Лангханса,*
  - *типичные гранулемы не образуются,*
  - *характерный признак – казеозный некроз,*
  - *количество МБТ резко уменьшается и гистологически обнаружить их не удастся.*

## *Туберкулезный шанкр*

✓ *Заживает самостоятельно через 4-12 недель.*

✓ *До этого времени проба Манту становится положительной.*



✓ *В дальнейшем развивается общий туберкулез, течение которого может быть разным.*

# *Язвенный туберкулез кожи*

- ✓ *Развивается при тяжелом течении туберкулеза.*
- ✓ *МБТ попадают на кожу и слизистые с выделениями, поэтому очаги поражения располагаются в области естественных отверстий: рта, ноздрей, половой щели, заднего прохода.*



## *Язвенный туберкулез кожи*

- ✓ Протекает на фоне анергии – проба Манту отрицательная.
- ✓ Эта форма наиболее заразна.
- ✓ Первичный морфологический элемент – шарообразный бугорок, который быстро покрывается язвами.



## *Язвенный туберкулез кожи*

### *Характеристика язв:*

- ✓ *Резко болезненны, неглубокие.*
- ✓ *Края: полициклические или мелкофестончатые с воспалительным венчиком по периферии.*
- ✓ *Дно: желтоватое, вяло гранулируется, покрыто мелкими узелками – «зернами Трелла».*

- ✓ *Расположенные близко друг к другу язвы соединяются фистулезными ходами, которые открываются свищевыми отверстиями.*



## *Язвенный туберкулез кожи*

### ***Характеристика язв:***

- ✓ *При введении зонда в свищевой ход создается впечатление пустоты – «симптом дупла».*
- ✓ *Заживление язв протекает медленно и неравномерно:*
  - *с одной стороны язвы замещаются рубцами,*
  - *а с другой – могут образовываться новые узлы.*

*Вследствие этого формируются неровные, местами втянутые рубцы, которые местами поднимаются, между которыми формируются перемычки и мостики («мохнатые рубцы»).*



# *Бородавчатый туберкулез*

- ✓ *Заражение происходит путем экзогенной инокуляции и поражает преимущественно кожу рук, пальцев и стоп.*
- ✓ *Первые проявления – напоминают большую бородавку.*
- ✓ *Сам узелок представлен туберкулезной грануляционной тканью и окружен перифокальным воспалительным инфильтратом.*



## *Бородавчатый туберкулез*

*Постепенно увеличиваясь, узелок превращается в бляшкоподобное образование с характерными признаками:*

- ✓ *в центральной части очага выражен гиперкератоз;*
- ✓ *сероватые бородавчатые разрастания, разделенные между собой бороздками и трещинами;*
- ✓ *вокруг них – инфильтрат темно-красного цвета и сиреневый венец гиперемии.*



## *Бородавчатый туберкулез*

- ✓ *Расширение очага по периферии происходит медленно.*
- ✓ *Одновременно, в центральной части может развиваться атрофия кожи.*
- ✓ *Длительно существующий бородавчатый туберкулез может перейти в рак.*



# *Папулонекротический туберкулез*

*это разновидность диссеминированного туберкулеза кожи*

- ✓ *гематогенное распространение МБТ в кожу из пораженного туберкулезом органа;*
- ✓ *высыпания нередко возникают после перенесенных острых инфекционных заболеваний;*
- ✓ *чаще у женщин 25-35 лет;*
- ✓ *характерны сезонные обострения осенью и весной.*





**Рисунок 2. Формирование папулонекротического туберкулеза кожи**

## *Папулонекротический туберкулез*

### *Клинические проявления*

- ✓ *Высыпания располагаются рассеянно на голенях, бедрах, ягодицах, разгибательных поверхностях верхних конечностей, преимущественно в области суставов.*
- ✓ *Характеризуются полушаровидными папулами (размером 2-3 мм), безболезненные, красноватого цвета с синюшным оттенком, плотной консистенции.*



# *Милиарный диссеминированный туберкулез кожи*

- ✓ *Встречается редко.*
- ✓ *Развивается у детей на фоне милиарного туберкулеза и анергии (проба Манту отрицательная).*

*Характеризуется появлением на коже  
лица:*

- ✓ *мелких безболезненных узелков розового или бурого цвета с выраженным воспалением,*
- ✓ *могут образовываться язвы с последующим рубцеванием или рассасываются без следа.*

*В выделениях с язвы можно обнаружить  
МБТ.*



# *Милиарно-язвенный туберкулез кожи*

*Начинается с появления плотного узелка:*

- ✓ розового цвета,*
- ✓ диаметром до 1 мм,*
- ✓ быстро увеличивается по периферии,*
- ✓ нагнаивается,*
- ✓ покрывается язвами.*



## *Милиарно-язвенный туберкулез кожи*

### ***Характеристика язвы:***

- ✓ *резко болезненная,*
- ✓ *увеличивается в глубину и по периферии до 1-1,5 см в результате слияния с соседними язвами,*
- ✓ *форма: округлая,*
- ✓ *края: мягкие, подрытые,*
- ✓ *дно: неровное, зернистое, иногда определяются желтые или серовато-желтые мелкие абсцессы,*
- ✓ *отграничивается от здоровых тканей воспалительным бледно-красным ободком.*



# *Индуративный туберкулез кожи (уплотненная эритема Базена)*

- ✓ *В основе заболевания – дермо-эпидермальный аллергический васкулит, вызванный повышенной чувствительностью к МБТ, которые попадают в кожу гематогенным или лимфогенным путем.*
- ✓ *Чаще встречается у молодых женщин со сниженным иммунитетом и страдают эндокринопатиями.*
- ✓ *Характерно сезонное обострение (весной и осенью).*



## *Индуративный туберкулез кожи (уплотненная эритема Базена)*

### *Клинические проявления*

- ✓ *локализуется на голенях,*
- ✓ *начинается с появления единичных узлов, которые постепенно увеличиваются и превращаются в большую узловатость утолщенной формы,*
- ✓ *кожа над инфильтратом сначала имеет обычный цвет, в дальнейшем приобретает застойно-синюшный оттенок.*



## *Индуративный туберкулез кожи (уплотненная эритема Базена)*

### ***Характеристика узлов:***

- ✓ *имеют тенденцию располагаться симметрично на обеих голених,*
- ✓ *малоболезненны,*
- ✓ *могут сохраняться месяцами и полностью регрессировать, оставляя пигментацию и легкую атрофию.*



## *Индуративный туберкулез кожи (уплотненная эритема Базена)*

*У трети пациентов:*

- ✓ узлы распадаются,*
- ✓ на их месте формируются округлые язвы с подрывными краями,*
- ✓ по краю язв можно определить уплотнение – специфический инфильтрат, который еще не распался – форма Гетчинсона.*



# *Лишай золотушный (туберкулез кожи лихеноидный)*

*Чаще возникает в  
детском и юношеском  
возрасте*

*в результате гематогенной  
диссеминации МБТ и всегда  
сочетается с другими  
формами туберкулеза кожи.*



*Проба Манту положительная.*

## *Лишай золотушный (туберкулез кожи лихеноидный)*

### ***Характеристика узелков:***

- ✓ *локализуются на боковых поверхностях тела;*
- ✓ *величиной с просяное зерно цвета нормальной кожи,*
- ✓ *могут появляться группами в виде очаговых скоплений – имеют плоскую или коническую форму, связанные с волосяными фолликулами,*
- ✓ *не имеют тенденции к слиянию,*
- ✓ *могут облучиваться,*
- ✓ *зуда не бывает,*
- ✓ *могут сохраняться длительное время и самостоятельно регрессировать.*



# *Розацеаподобный туберкулоид Левандовского*

*Характеризуется:*

*появлением на фоне розацеоподобного  
покраснения и телеангиоэктазий,  
изолированных милиарных папул:*

- ✓ безболезненных,*
- ✓ розово-коричневого цвета,*
- ✓ мягкой консистенции,*
- ✓ при диаскопии дают феномен «яблочного желе» и  
акнит,*
- ✓ элементы находятся на разных стадиях развития*



# *Туберкулезная волчанка*

- ✓ *Хроническое заболевание кожи.*
- ✓ *МБТ попадают лимфогенным или гематогенным путем из очагов туберкулеза внутренних органов.*
- ✓ *Локализуется преимущественно на коже лица.*



## *Туберкулезная волчанка*

***Первичным элементом является люпома:***

- ✓ располагаются поверхностно,***
- ✓ форма – полушаровидная,***
- ✓ цвет – буро-розовый,***
- ✓ консистенция – мягкая,***
- ✓ при пальпации – безболезненная,***



## *Туберкулезная волчанка*

### *Первичным элементом является **люпома**:*

- ✓ *склонны к слиянию с образованием поверхностного инфильтрата буро-розового цвета, который иногда покрывается язвами,*
- ✓ *отмечается феномен «яблочного желе»,*
- ✓ *при нажатии пуговчатым зондом, он легко внедряется в ткань люпомы, образуя вдавливание (симптом Пospelова, феномен зонда),*
- ✓ *подвергаются фиброзу с формированием деформирующих рубцов.*





*Туберкулез кожи (туберкулезная волчанка, плоская форма)*

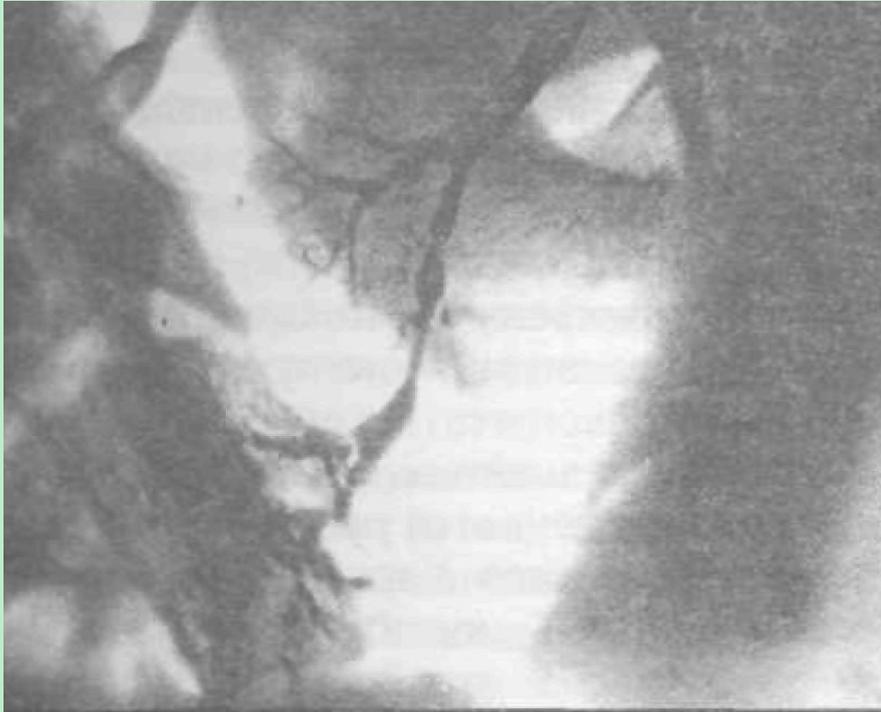
# *Туберкулез слюнных желез*

*Различают две формы:*

- Экссудативную казеозную,*
- Продуктивную склерозирующую.*

*Отмечается медленное образование опухоли с воспалительными проявлениями или очагами размягчения; возможно образование свищей с выделением густого сероватого гноя без запаха.*

*Для диагностики применяют  
контрастную сиалографию*



*К признакам **туберкулезного сиагоденита** относят:*

- ✓ участки деструкции слюнных желез в виде полостей разной величины и формы;*
- ✓ неравномерность размеров долек желез в результате атрофии и опустошение их части вследствие развития соединительной ткани;*
- ✓ наличие обызвествления. У некоторых больных кавернозное поражение слюнных желез сопровождается формированием свищей.*

*Спасибо за внимание!*

