

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**

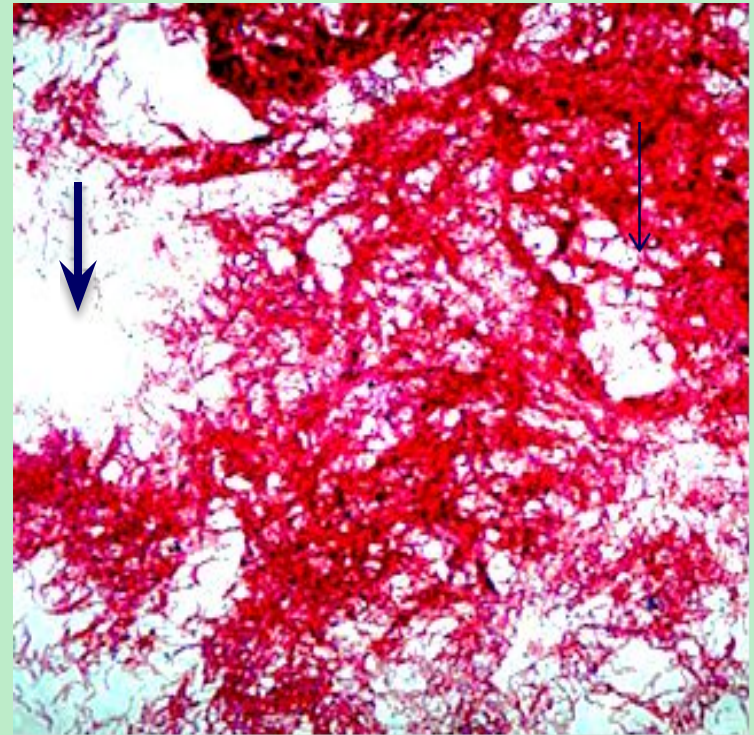
Клинические формы туберкулеза ротовой полости, челюстно-лицевой области

- ***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.

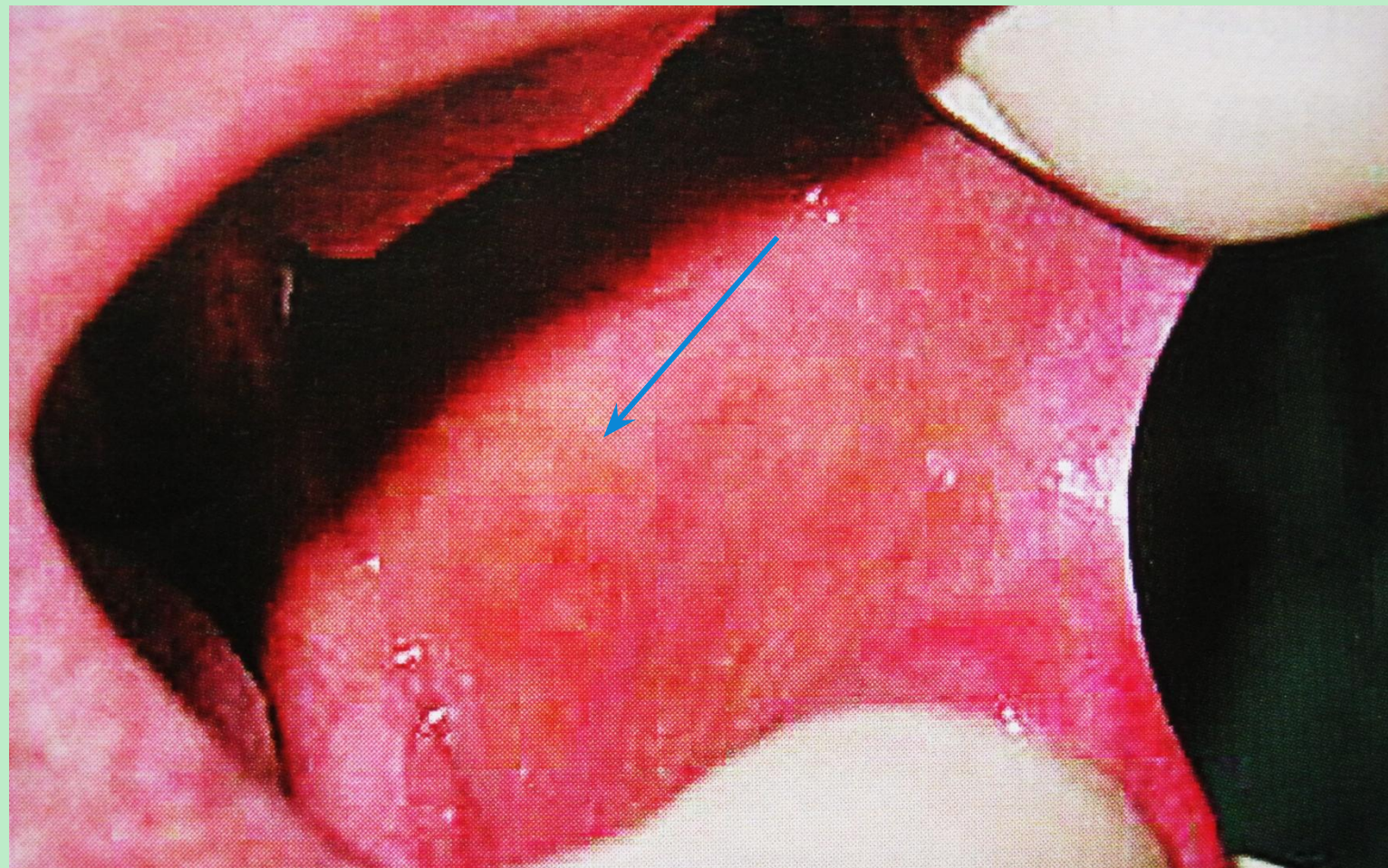
***Основными клинико-
морфологическими формами
туберкулеза слизистой оболочки
ротовой полости являются:***

***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

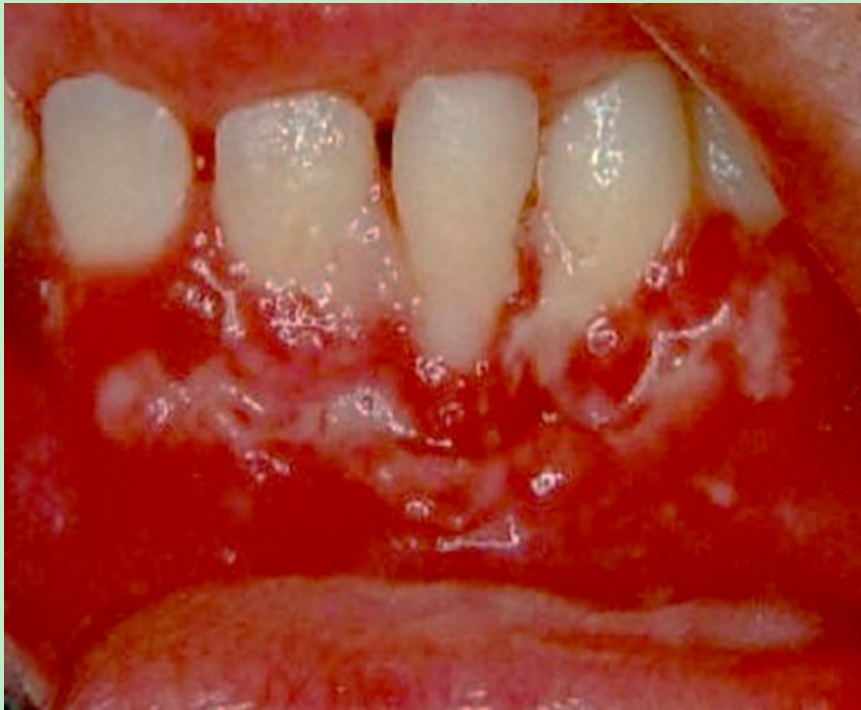
- Язва имеет щелевидную или округлую форму, края подрывты, дно покрыто вялыми грануляциями, легко кровоточащими при касании;
- на дне язвы обнаруживаются узелки желтоватого или серого цвета, болезненны, они могут быть одиночными и множественными.



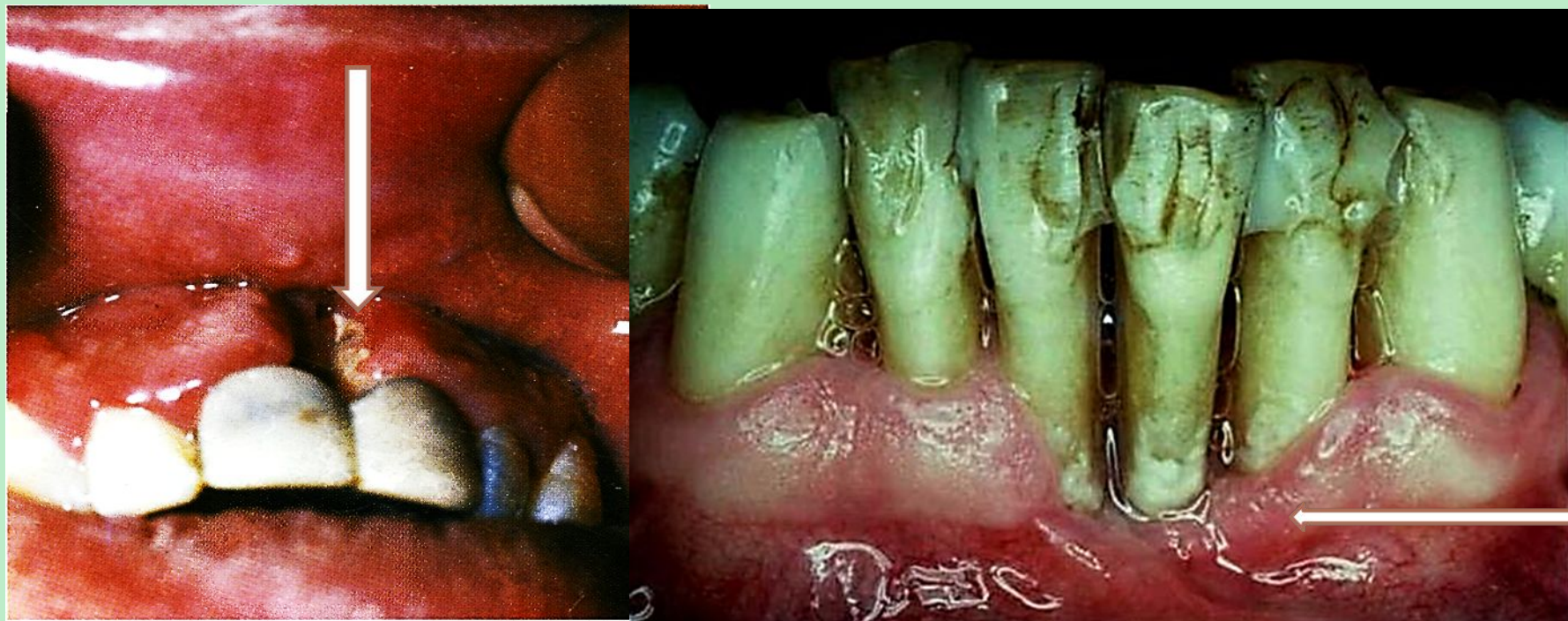
*Язвенный туберкулез языка
с милиарными узелками*

Туберкулез десен

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



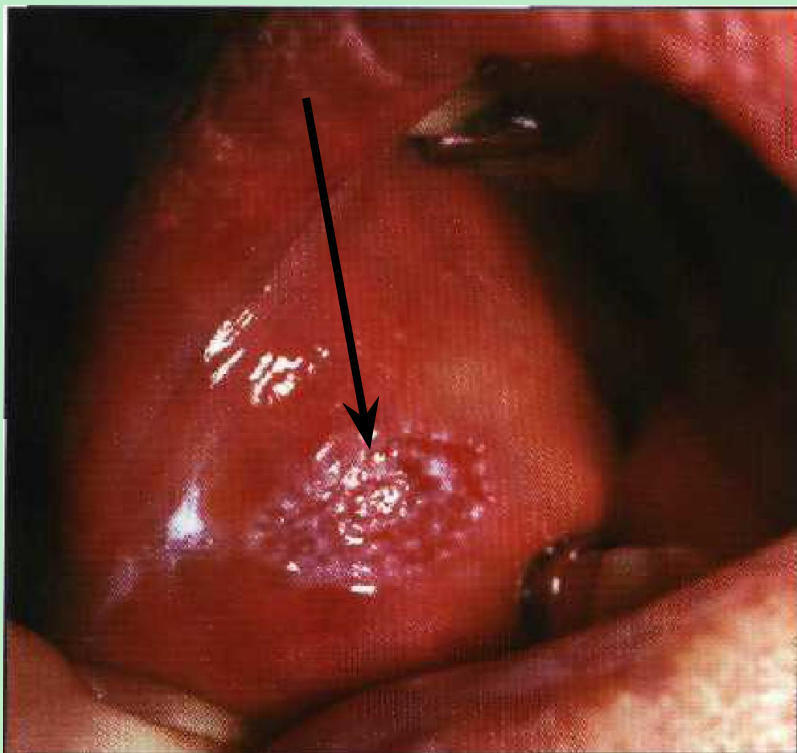
□ *При прогрессировании процесса образуется туберкулезная язва со значительно выраженными грануляциями.*



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 малоблезненными, 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.*

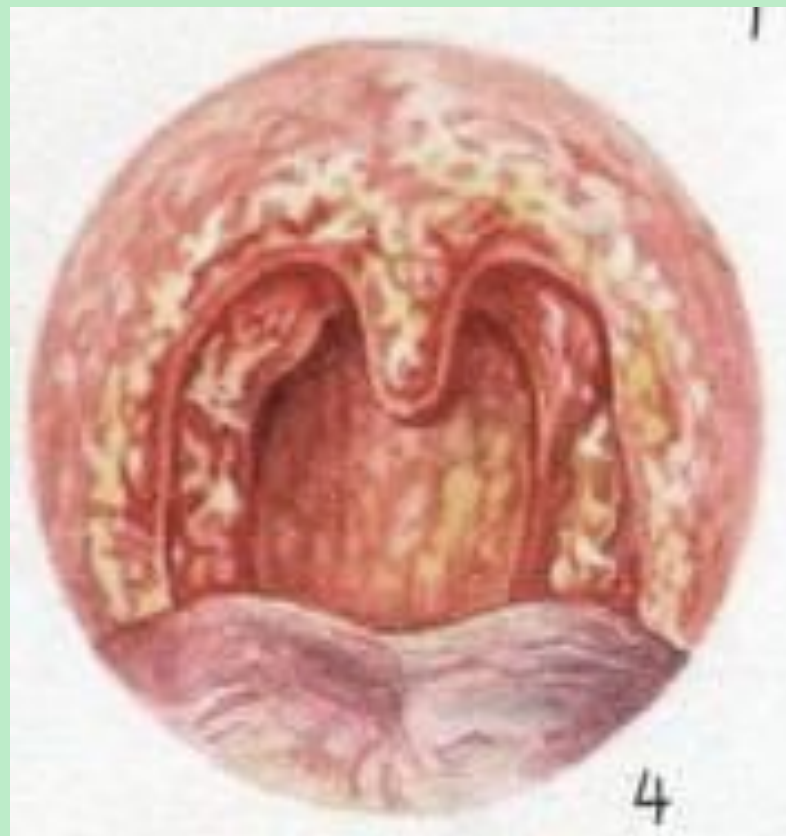
*□ Язвенная форма наблюдается в виде
поверхностного изъязвления
ограниченных участков, покрытых серо-
розовыми грануляциями. Часто в
процесс вовлекаются лимфатические
узлы шеи, становящиеся увеличенными
и болезненными.*



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

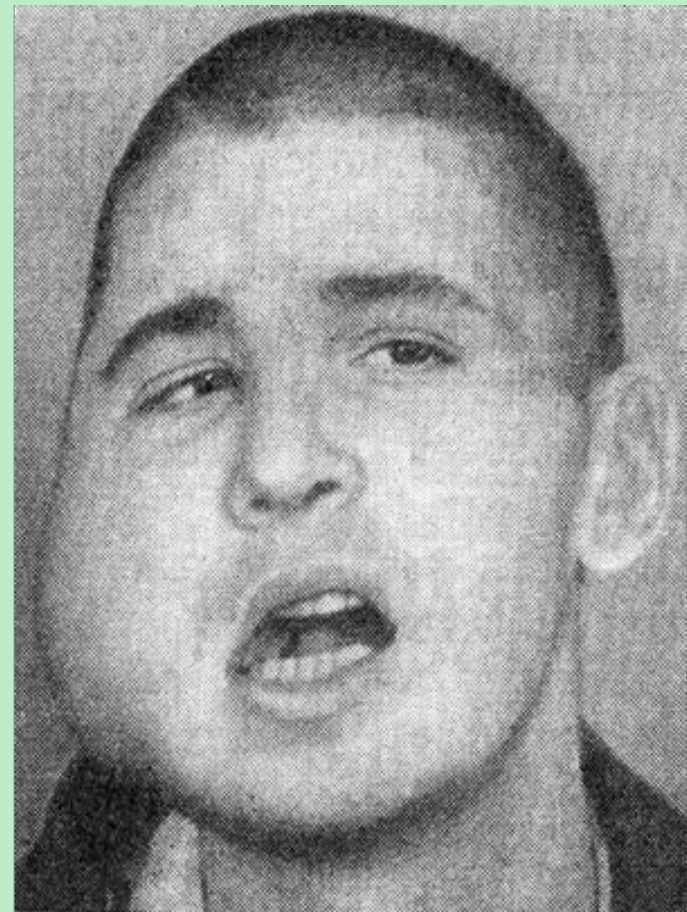
Характерная локализация поражения:

- ✓ *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.

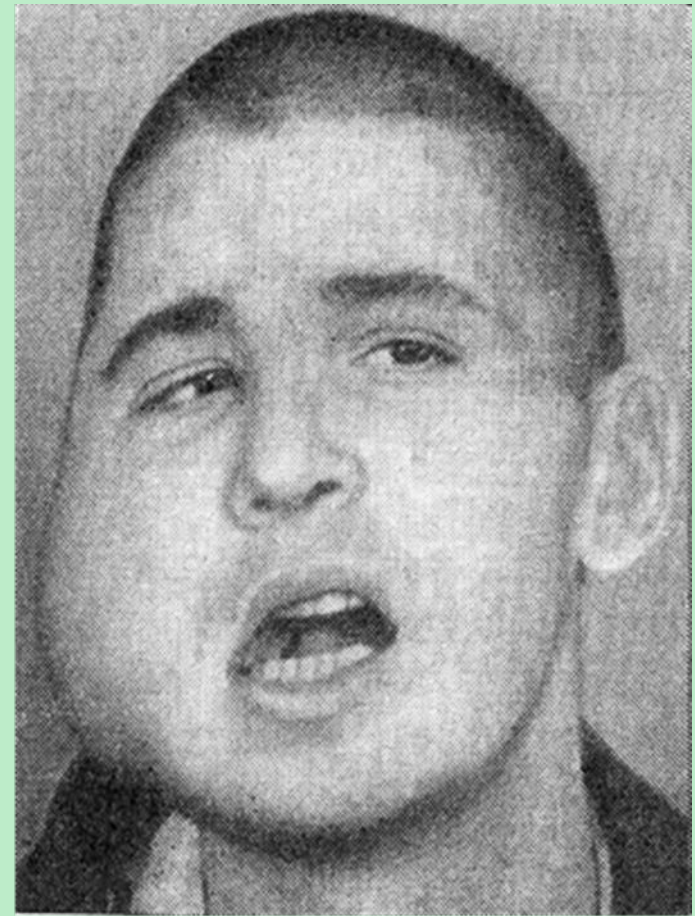


Возникают множественные свищевые ходы, окруженные вялыми грануляциями. Выделяется гной беловатого или слегка зеленоватого цвета, не однородный, сливкообразный, с примесями комочков.

- *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.***

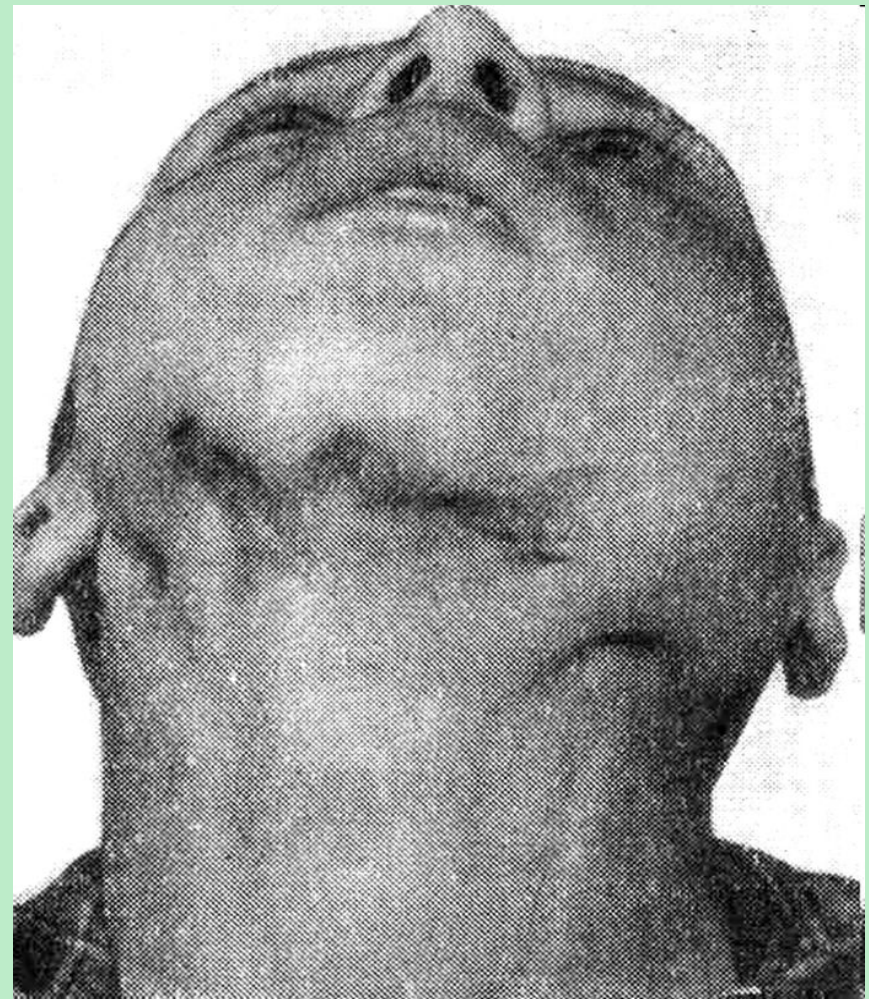
□Иногда ЛУ спаиваются между собой: их подвижность ограничивается.

***□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.*

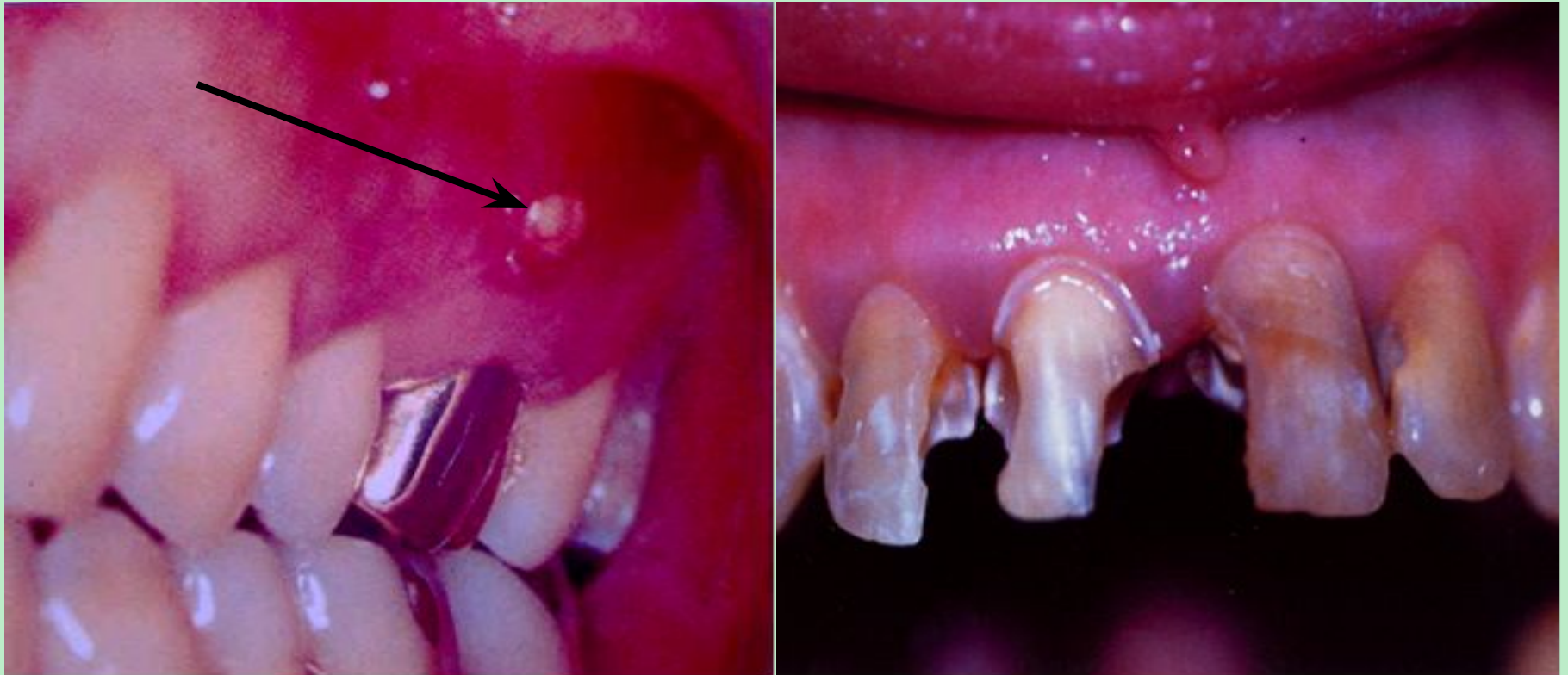
Туберкулез тканей периодонта

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.

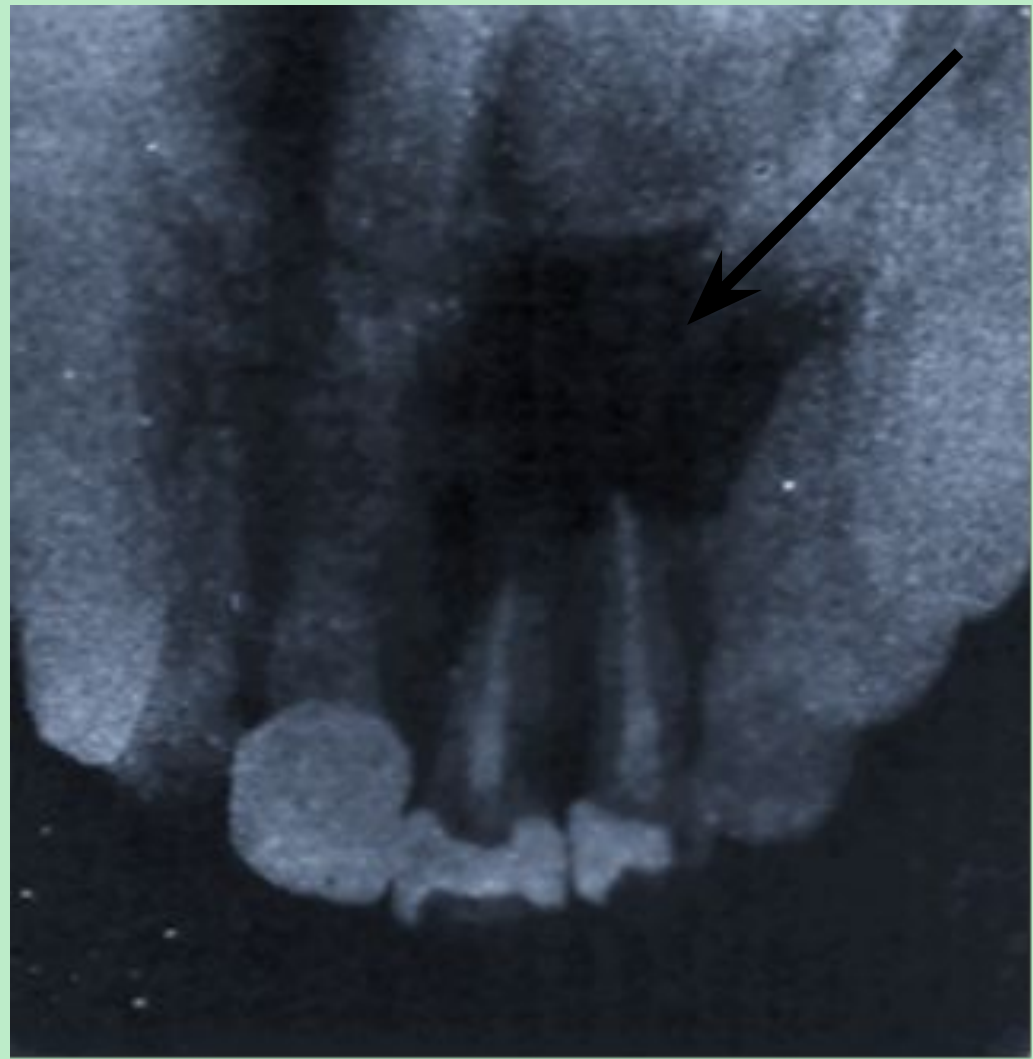


Туберкулезный грануляционный периодонтит

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.*

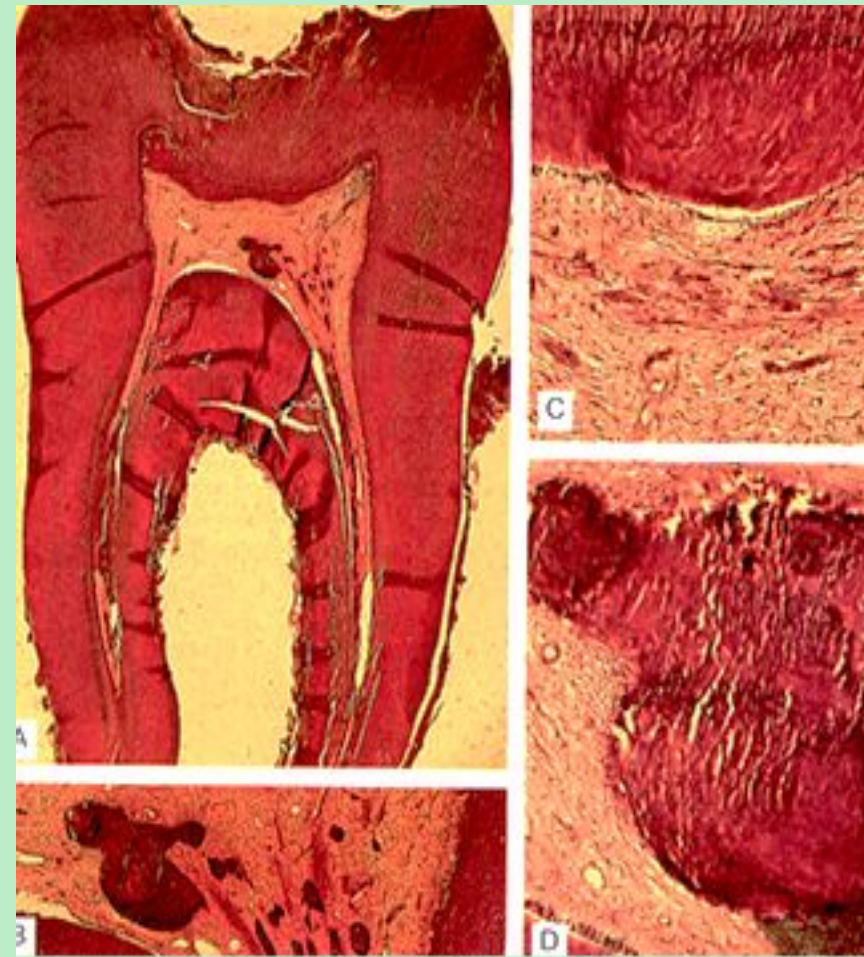
*Рентгенологические
изменения
проявляются в виде
околозубных очагов на
верхушке корня с
нечеткими контурами.*



*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.*



Колликувативный 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:

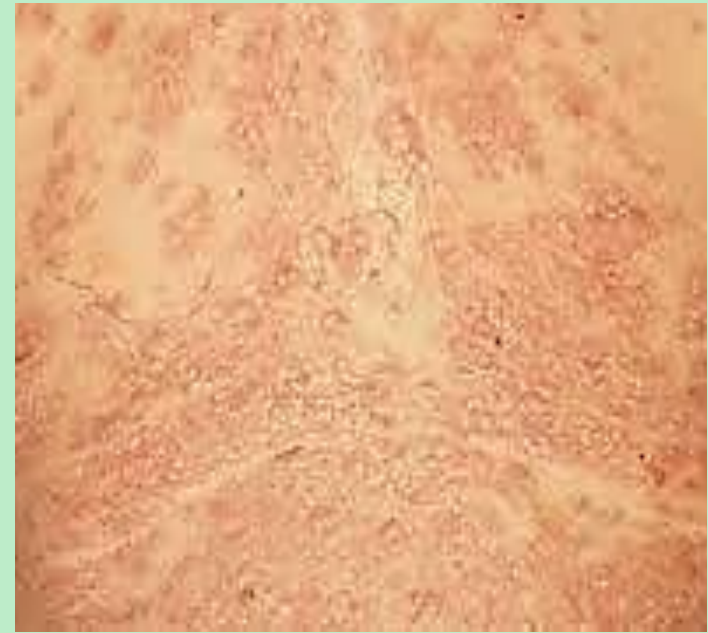
- ✓ *на ранней стадии - проявления острого воспаления с изъязвлением и очагами некроза, обнаруживаются многочисленные МБТ,*

- ✓ *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.*



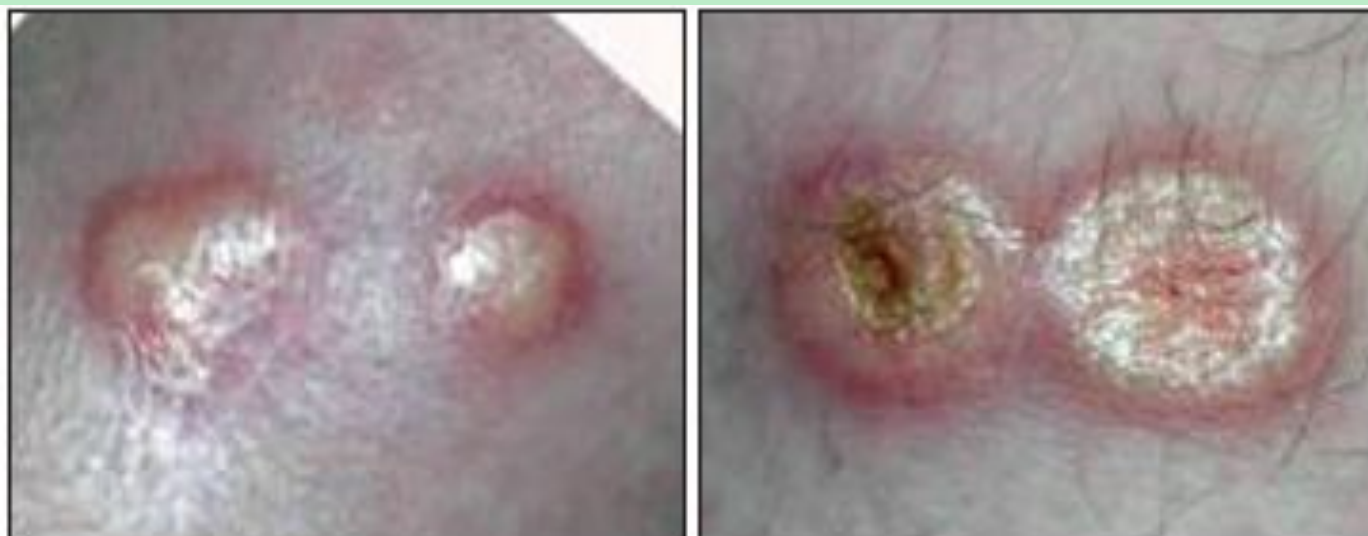


Рисунок 2. Формирование папулонекротического туберкулеза кожи

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.*

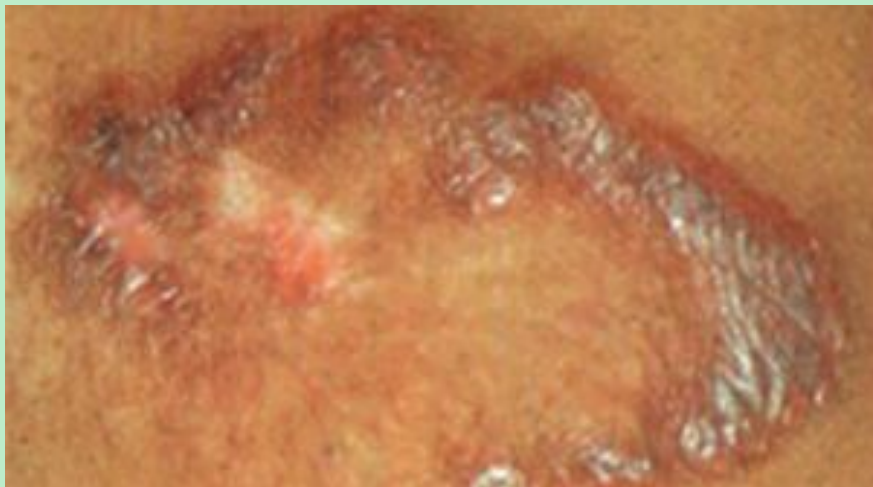
*В выделениях с язвы можно обнаружить
МБТ.*



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)

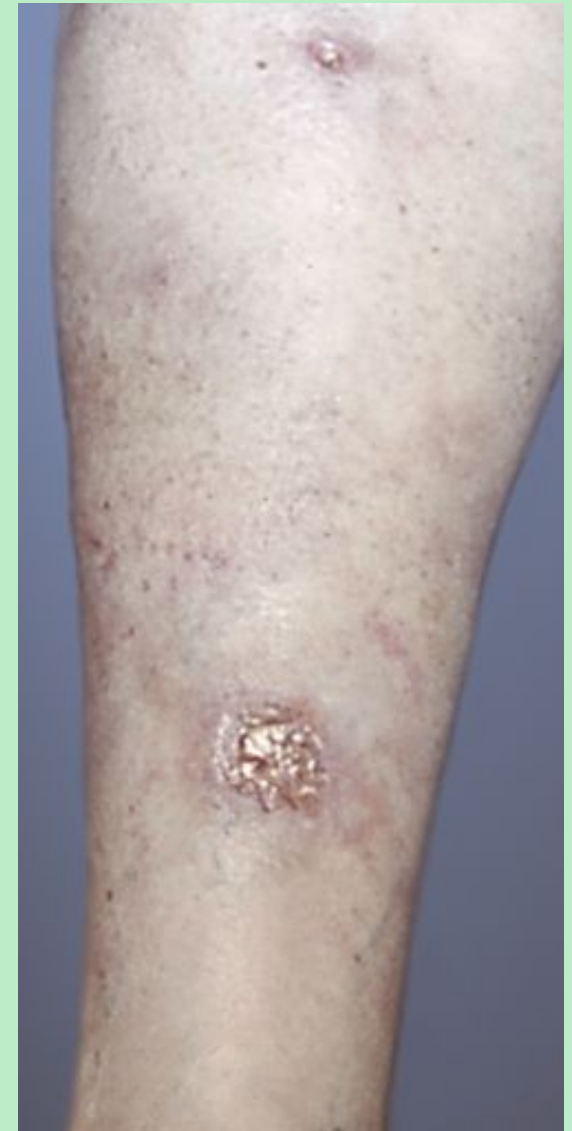
- ✓ *В основе заболевания – дермо-эпидермальный аллергический васкулит, вызванный повышенной чувствительностью к МБТ, которые попадают в кожу гематогенным или лимфогенным путем.*
- ✓ *Чаще встречается у молодых женщин со сниженным иммунитетом и страдают эндокринопатиями.*
- ✓ *Характерно сезонное обострение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



Индуративный туберкулез кожи (уплотненная эритема Базена)

Клинические проявления

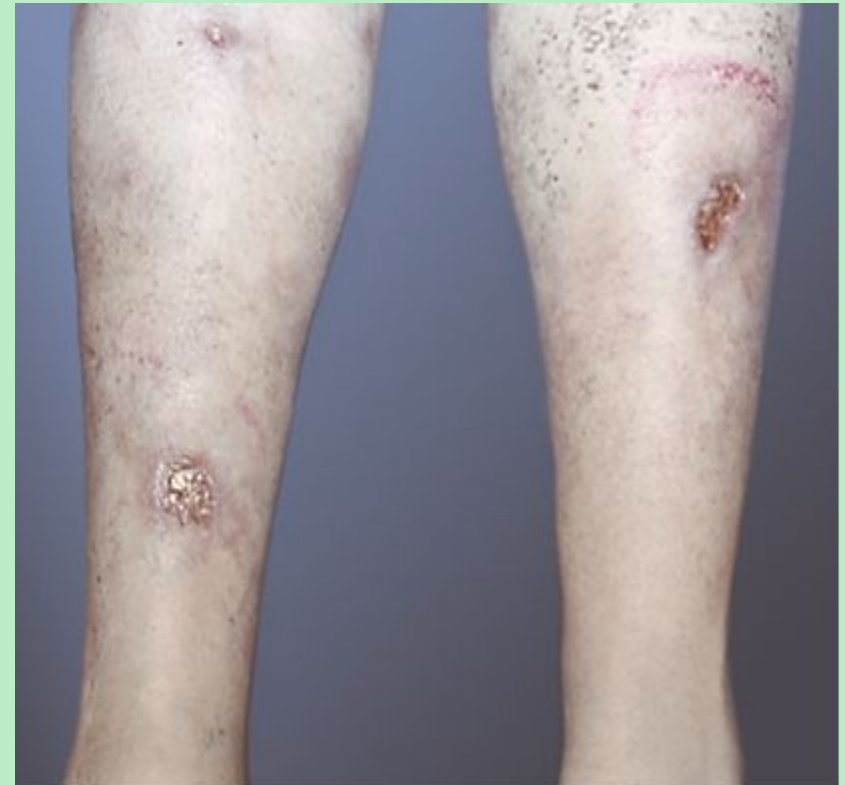
- ✓ *локализуется на голених,*
- ✓ *начинается с появления единичных узлов, которые постепенно увеличиваются и превращаются в большую узловатость утолщенной формы,*
- ✓ *кожа над инфильтратом сначала имеет обычный цвет, в дальнейшем приобретает застойно-синюшный оттенок.*



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)

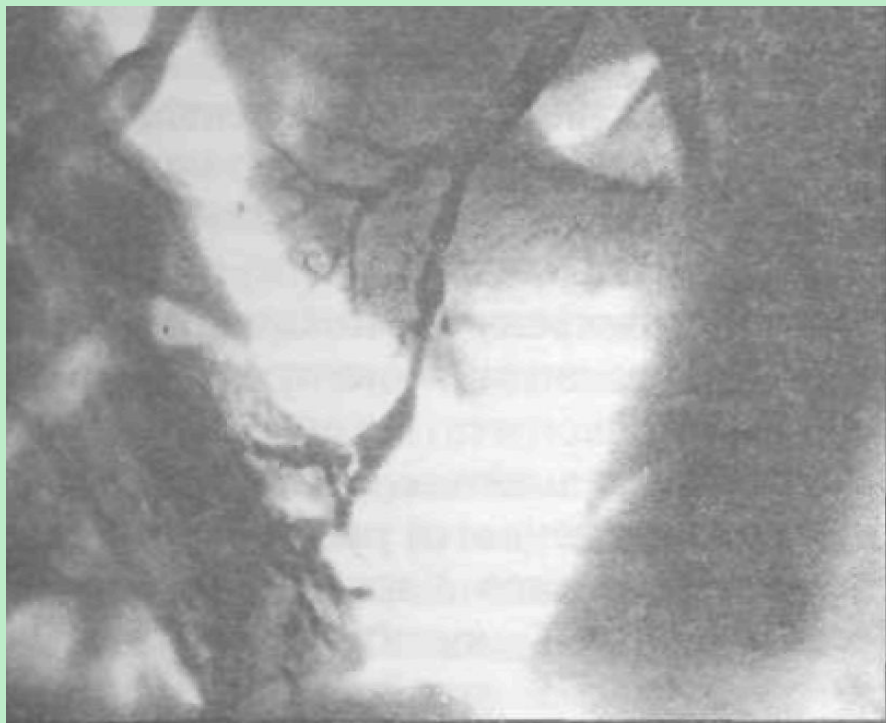
Туберкулез слюнных желез

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!

