

**Кировская ГМА,  
кафедра фтизиатрии**

**Тема: Туберкулез  
ЧЕЛЮСТНО-  
ЛИЦЕВОЙ области**

**Доц. Фесюк Елена  
Геннадьевна**

## **Основные клинические формы специфического поражения полости рта и челюстно-лицевой области (МКБ-10):**

- Шифр А15 - А-19  
(приказ МЗ РФ № 109 от 21 марта 2003  
года)

# Международная классификация болезней МКБ-10

- **Туберкулез других органов дыхания**
  - **A15.8** — подтвержденный бактериологически и гистологически;
  - **A16.8** — без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении).

## Клинические формы:

- • Туберкулез слизистой оболочки рта (1%):
  - туберкулез языка;
  - туберкулез десен;
  - туберкулез слизистой оболочки губ и щек;
  - туберкулез твердого и мягкого неба;
  - туберкулезная волчанка;
  - милиарно-язвенный туберкулез.
- • Туберкулез миндалин.
- • Туберкулез глотки.

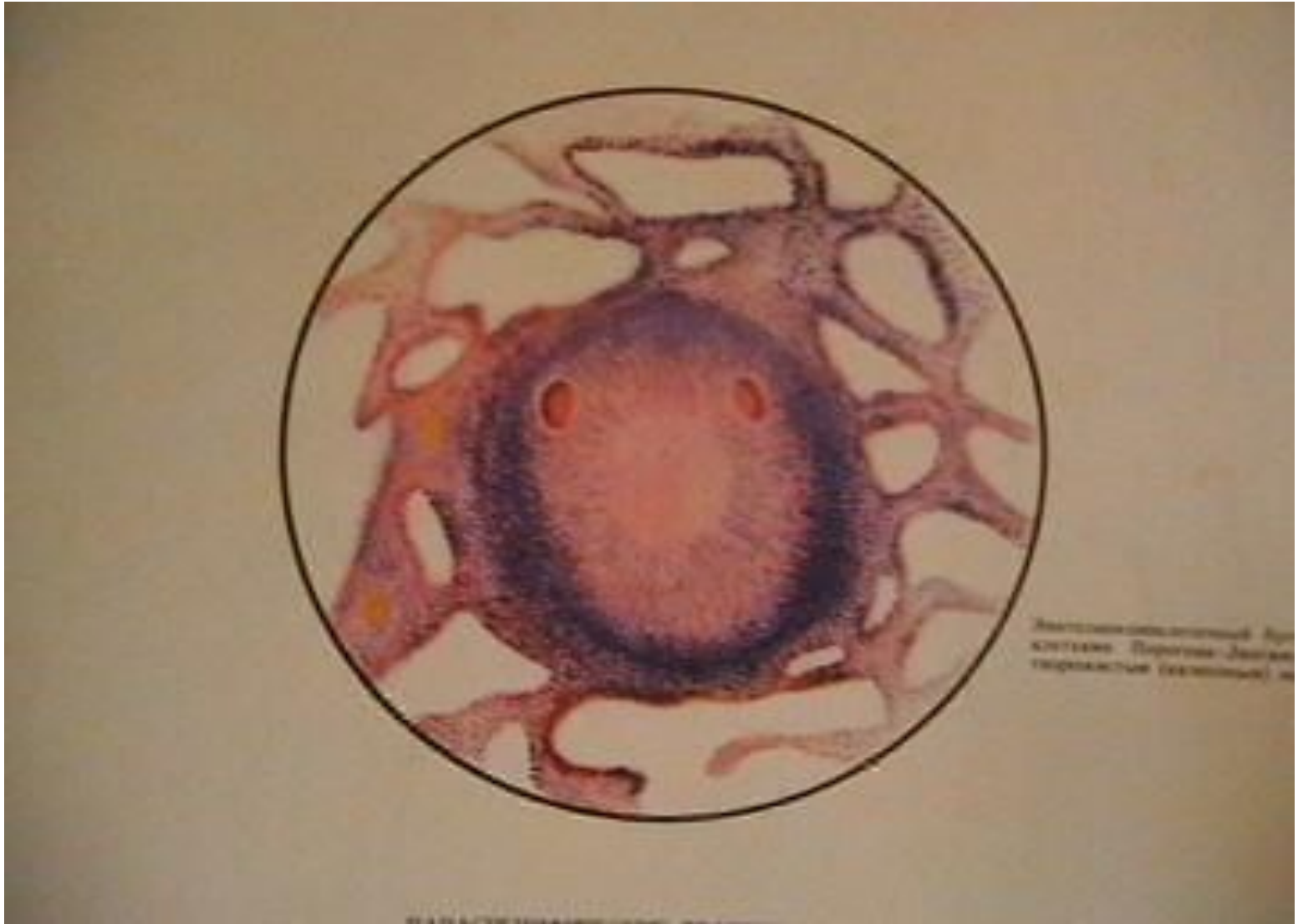
## Международная классификация болезней МКБ-10

### ▣ Туберкулез других органов и систем.

- Туберкулез костей и суставов лицевого черепа **(A18.0)**.
- Туберкулез периферических лимфатических узлов **(A18.2)**.
- Туберкулез кожи и подкожной клетчатки **(A18.4)**.
- Туберкулез прочих органов: туберкулез слюнных желез **(A18.8)**.

# Туберкулез слизистой оболочки полости рта:

- Пути распространения инфекции:
  - гематогенный,
  - спутогенный,
  - лимфогенный,
  - контактный.



Двухклеточный  
клеточный Паренхимы (клеточный)  
сидерический (клеточный)

## **Типы воспалительных реакций при туберкулезе слизистой оболочки полости рта:**

- преимущественно продуктивный тип,**
- преимущественно экссудативный тип,**
- преимущественно некротический тип  
реакции**



## **Клинические проявления туберкулеза слизистой оболочки полости рта зависят:**

- от остроты,
- характера,
- формы,
- локализации процесса.

## Клиническая картина включает:

- общие функциональные расстройства организма, свойственные туберкулезной интоксикации,
- локальная симптоматика:
  - проявления легочного поражения,
  - непосредственно картина туберкулеза слизистой оболочки рта
  - параспецифические проявления.

# Основные клинико-морфологические формы туберкулеза слизистой оболочки рта

## □ Инфильтративная:

- по распространенности (инфильтрат ограниченный или распространенный или в виде опухоли- туберкулемы).

- по консистенции (может быть плотным, мягким, студенистым)

- поверхность (гладкая или грануляционная)

- цвет (варьирует от ярко-красного при острых, преимущественно экссудативных формах, до серого с соответствующими переходными оттенками).

# Основные клинико-морфологические формы туберкулеза слизистой оболочки рта

## □ Язвенная:

Туберкулезные язвы -

- в виде небольших трещин, скрывающихся иногда в складках слизистой оболочки рта, или обширных изъязвлений, сопровождающихся отеками с высыпанием миллиарных серовато-желтых узелков

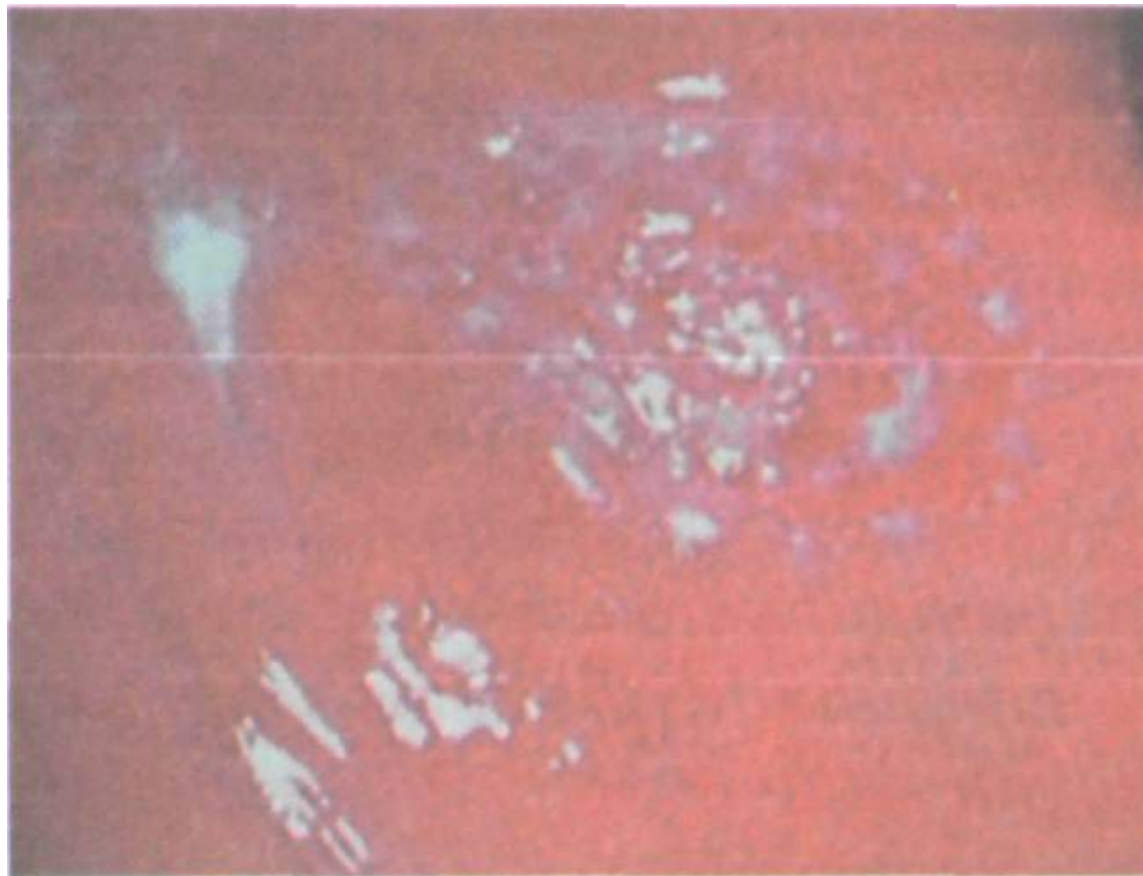
- дно язв - кровоточащая поверхность, усеянная мелкими зернистыми грануляциями

- края язв неровные, чаще мягкие, но могут быть и плотноватыми

- болезненность весьма умеренная, зависит от локализации процесса и возникает как самостоятельное явление или при жевании пищи.

Регионарные лимфатические узлы в большинстве случаев плотноватые, увеличенные, болезненные.

**Рис. 1 Язвенная форма туберкулеза слизистой оболочки рта**



## Туберкулез корня языка

□ При осмотре:

- гиперемия, инфильтрация, отечность отдельных участков или всего корня языка.

- одиночные или разбросанные язвочки или обширный язвенный процесс с отечностью слизистой оболочки и высыпанием милиарных узелков

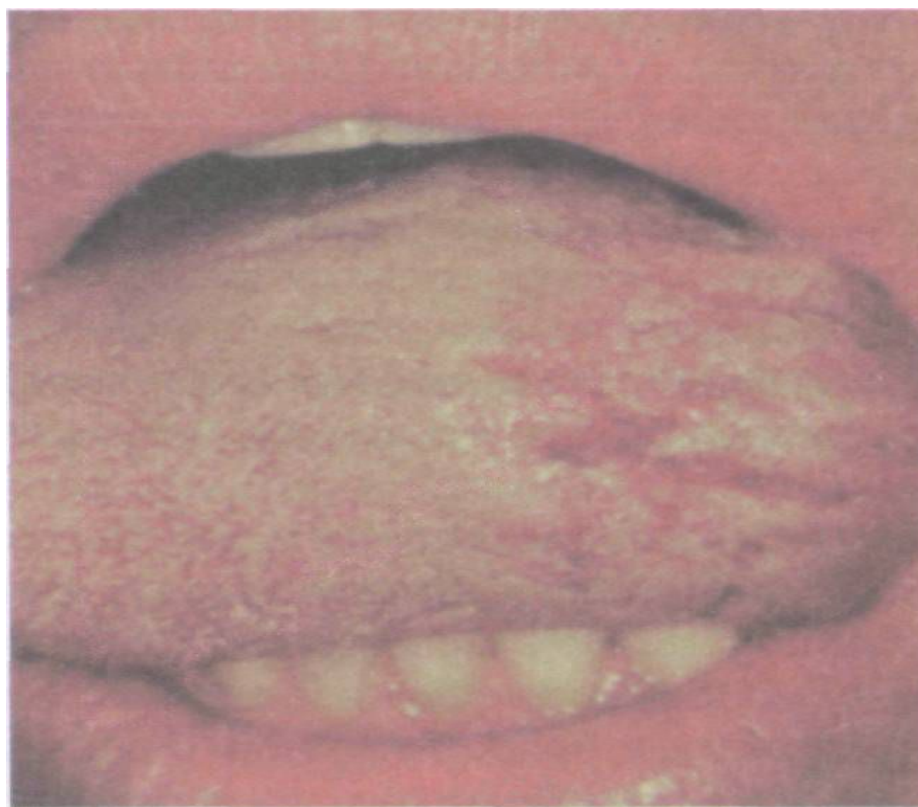
- язык увеличивается

- неудобства при жевании, глотании;

- нарушается артикуляция, речь становится невнятной

- обильное слюноотечение, неприятный вкус во рту, извращение вкусовой чувствительности.

## Рис.2 Язвенный туберкулез языка с милиарными высыпаниями



## Туберкулез твердого и мягкого неба

- поверхностные, ограниченные в виде трещинок, язвочки с незначительной инфильтрацией, (особенно на мягком небе), либо обширные бугристые папилломатозные инфильтраты с характерными неровными язвами
- ограниченный гиперемированный участок слизистой оболочки, в центре которого иногда просвечивает желтовато-белое пятнышко без нарушения целостности эпителия ( на начальном этапе заболевания)
- при острых, преимущественно экссудативных, поражениях глотки мягкое небо гиперемировано, инфильтрировано и усеяно миллиарными узелками, на месте которых вскоре появляются язвочки.



## Туберкулез десен

- ткань десны сначала набухает, становится очень рыхлой, болезненной, гиперемированной и кровоточащей
- прогрессировании процесса образуется туберкулезная язва со значительно выраженными грануляциями

**Туберкулезная волчанка** - туберкулез слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

□ **Наиболее типичная локализация туберкулезных очагов** — слизистая оболочка верхней губы, альвеолярные отростки верхней челюсти, область фронтальных зубов, твердое и мягкое небо.

**Бугорок (люпома)** - первичный элемент туберкулезной волчанки, представляющий собой ограниченное безболезненное образование величиной 1—3 мм, желтовато-красного цвета.

- Бугорки образуются на периферии очага поражения, могут сливаться, формируя очертания **папиллом**. Затем центр очага разрушается и образуется **первичная туберкулезная язва** с мягкими узурчатыми краями.
- Язва неглубокая, малоблезненная; дно покрыто желто-красным налетом, по цвету напоминающим малину.

## Для туберкулезной волчанки характерен ряд симптомов:

- надавливание на бугорок предметным стеклом приводит к временному устранению окраски, обусловленной перифокальным расширением сосудов, и становятся видимыми первичные элементы желтовато-красного вида (**симптом яблочного желе**);
- пуговчатый зонд при надавливании на люпому легко проваливается внутрь (**симптом Пospelова**).

## Туберкулезный процесс на слизистой оболочке альвеолярного отростка

- разрушается костная ткань межзубных перегородок,
- зубы становятся подвижными до 2—3-й степени.
- На красной кайме губ туберкулезная язва покрывается кровянисто-гнойными корками;
- пораженная губа отечна, увеличена в размерах, имеет трещины и болезненна

Рис 3. Инфильтрат с язвенно-некротическими изменениями в области верхней губы, носогубных складок и области носа у больного инфильтративно-язвенной формой туберкулезной волчанки



**Рис 4. Рубцы с дефектом мягких тканей у больного с туберкулезной волчанкой, осложнившейся раком кожи в области нижней челюсти**



## Осложнения туберкулезной волчанки

- рожистое воспаление,
- кандидоз,
- на слизистой оболочке рта в 1-10% случаев язвы перерождаются в люпус-карциномы.



# Туберкулез кожи и подкожной клетчатки

- ▣ **первичные поражения** - колликувативный туберкулез, первичная и вторичная скрофулодерма.
- ▣ **диссеминированные** — папулонекротический туберкулез, уплотненная эритема, лишай золотушных.
- ▣ **вторичные поражения** - плоская, гипертрофическая, язвенная волчанка, бородавчатый и милиарно-язвенный туберкулез.

## Диагностика туберкулеза слизистой оболочки полости рта:

- правильный сбор анамнеза (сведения о контакте с больными туберкулезом, перенесенном в прошлом туберкулезе любой локализации, нахождение под наблюдением противотуберкулезного диспансера);
- обязательно рентгенологическое исследование легких для выявления активных специфических изменений или следов перенесенного туберкулеза;
- постановка туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л;
- троекратное микроскопическое исследование гнойного отделяемого язвы или мазка-отпечатка язвы по Цилю-Нельсену для обнаружения МБТ;

## Диагностика туберкулеза слизистой оболочки полости рта:

- диагностическая биопсия края язвы для гистологического и бактериологического исследования;
- полимеразная цепная реакция (ПЦР);
- пробные курсы лечения противотуберкулезными препаратами - комбинацией изониазида, рифампицина пиразинамида и этамбутола (III режим химиотерапии).

# ТУБЕРКУЛЕЗ МИНДАЛИН, ТУБЕРКУЛЕЗ ГЛОТКИ

- Пути распространения инфекции:
  - гематогенный
  - лимфогенный

Основные формы:

- инфильтративная
- язвенная
- туберкулезная волчанка (редко)

## Диагностика ТУБЕРКУЛЕЗА МИНДАЛИН

- При осмотре :
  - увеличение миндалин, чаще одностороннее, без отделяемого в криптах. мягкоэластичной консистенции
  - носовые раковины набухшие.
- При инфильтративной форме слизистая оболочка утолщена, фолликулы гипертрофированы. Инфильтрация в области лимфоидных фолликулов глотки мало склонна к распространению и деструкции.
- Язвенная форма наблюдается в виде поверхностного изъязвления ограниченных участков, покрытых серо-розовыми грануляциями.
- Часто в процесс вовлекаются лимфатические узлы шеи (увеличенные и болезненные).

## Туберкулезная волчанка глотки, миндалин и дужек

- инфильтраты в виде отдельных скоплений мелких или крупнозернистых серо-розовых узелков, грануляций. безболезненные, течение длительное, склонное к заживлению — рубцеванию.

## Диагностика ТУБЕРКУЛЕЗА МИНДАЛИН, ГЛОТКИ

- анамнез,
- клинические данные,
- результаты рентгенологического исследования легких,
- туберкулиновые пробы,
- гистологическое,
- бактериологическое исследование.

## ТУБЕРКУЛЕЗ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

- туберкулез лобной кости,
- туберкулез скуловой кости,
- туберкулез верхней челюсти,
- туберкулез нижней челюсти,
- туберкулез височно-нижнечелюстного сустава,
- альвеолярная форма туберкулеза челюстей
  - туберкулез околозубных тканей,
  - туберкулез костной альвеолы.



# Пути распространения инфекции:

- гематогенный
- лимфогенный

# Патогенез и патоморфология туберкулеза костей и суставов лицевого черепа

Первичный очаг туберкулезного остита –это скопление эпителиоидных и гигантских клеток Пирогова-Лангханса

В дальнейшем очаг ограничивается соединительной тканью или подвергается творожистому некротическому распаду

При неблагоприятных условиях наступает прогрессирование процесса

Формируются деструкции кости с образованием костной каверны

Формируется натечный абсцесс.

# Туберкулез височно-нижнечелюстного сустава

Прогрессирование туберкулеза  
нижней челюсти

Деструктивные изменения в суставе

Нарушаются нормальные соотношения  
суставных поверхностей, образуются  
рубцовые спайки

Развиваются деформации и  
изменяется функция сустава

# Хронический периодонтит у больных туберкулезом

нарушение  
обменных  
процессов



быстрая  
декальцин  
ация зубов  
и костей



деструкция  
костной ткани  
у верхушки  
корня зуба



при  
туберкулезном  
периодонтите  
утрачивается  
способность к  
отграничению  
процесса в  
кости

# Туберкулез лобной кости

- Неосложненное течение
- Осложненное течение  
(перфорационная форма)

# Рентгенологическая картина туберкулеза лобной кости

- преимущественное поражение внутренней пластинки
- отдельные очаги деструкции различной формы и размеров с нечеткими контурами
- секвестр и иногда сквозное прободение кости
- участок окостенения надкостницы на уровне очага.

# Туберкулез скуловой кости

-появление  
отека и  
покраснение  
верхнего и  
нижнего век



- на месте  
очага  
образуется  
абсцесс



абсцесс  
вскрывается



- развивается рубец,  
спаянный с костью,  
подтягивающего и  
выворачивающего веко.



-формируется свищ

# Рентгенологическая картина при туберкулезе скуловой кости

- один или несколько мелких неглубоких очагов
- тени секвестров



# Клинические формы туберкулеза нижней челюсти

## □ альвеолярная форма

(при проникновении МБТ через корневой канал или пародонтальный карман поврежденного зуба);

## □ центральная форма

(возникает в области угла нижней челюсти, далее распространяется на сустав, может проникать также из среднего уха и из височной кости).

## **Прогрессирующий артрит** —

распространение туберкулезного процесса за пределы суставных концов костей — на синовиальную оболочку.

## □ **Хронический деструктивный**

**артрит** — тяжелое поражение сустава с субтотальным или тотальным разрушением суставных поверхностей, грубой деформацией, контрактурой.

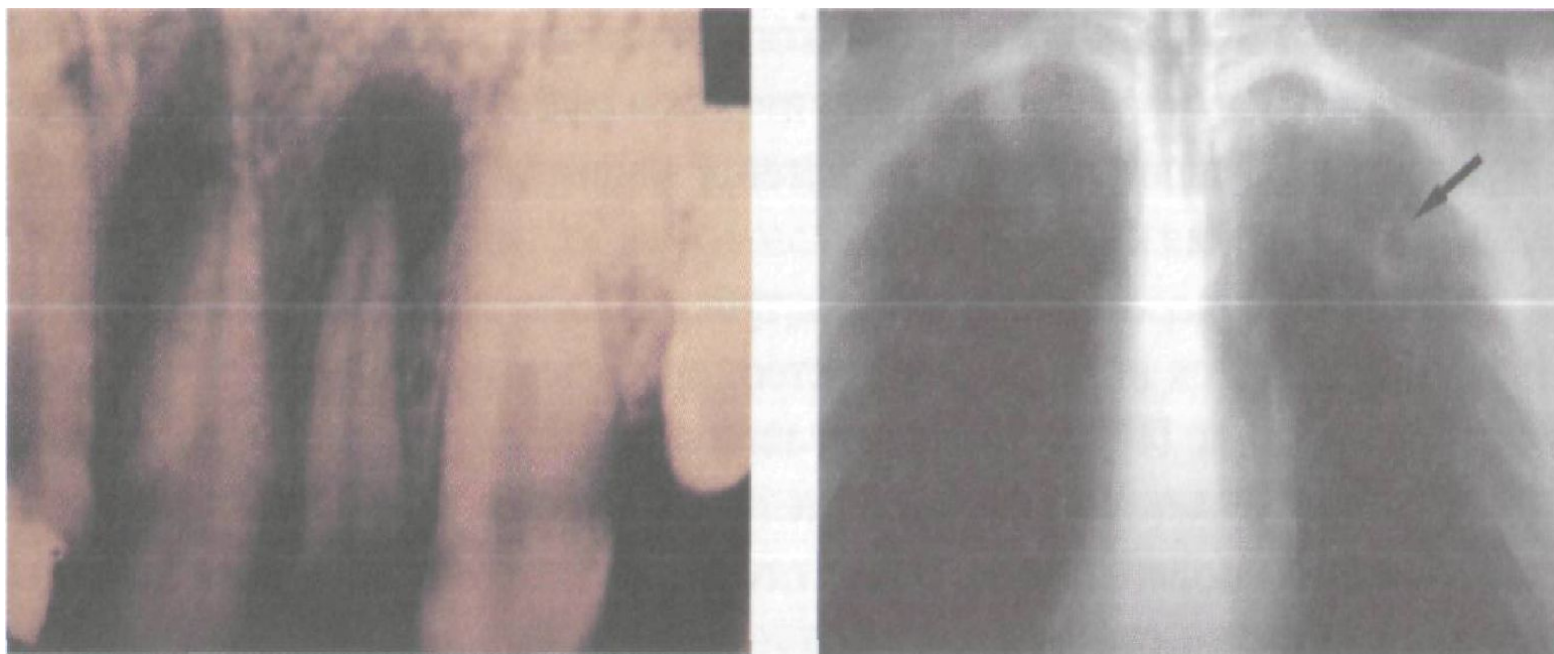
# Рентгенологическая картина при туберкулезе челюстей

- выраженный остеопороз,
- деструкция кости,
- образование секвестра,
- при поражении височно-нижнечелюстного сустава:
  - сужение суставной щели,
  - нечеткость и неровность контуров суставной поверхности,
  - более глубокая деструкция суставных концов костей.

# Туберкулез тканей периодонта

- ▣ **Периодонтит** — воспалительно-деструктивное поражение тканей пародонта в области верхушки корня.
- ▣ **Пародонтит** - воспаление тканей пародонта, окружающих корень зуба.

**Рис 5. Туберкулезный периоденит. Апикальная кистогранулема у больного инфильтративным туберкулезом верхней доли левого легкого в фазе распада, МБТ+**



## Рентгенологическая картина.

- крупные (более 0,5 см) и средние (0,2—0,4 см) околозубные очаги у верхушки корня с нечеткими контурами ( прогрессирующее течение).

# Диагностика туберкулеза костей лица и черепа

- сочетание с туберкулезом легких
- редко встречается как изолированное поражение
- рентгенологически - характерна деструкция костной ткани с нечеткими контурами
- исследование гноя на МБТ при свищевых формах (бактериоскопическое исследование по Цилю-Нельсену, люминисцентная микроскопия, посев гноя на питательные среды, ПЦР)
- оперативное вмешательство.

## **Диагностика туберкулезного периодонтита:**

- обнаружение в отделяемом свища МБТ
- обнаружение при гистологическом исследовании околозубной гранулемы после удаления зуба.

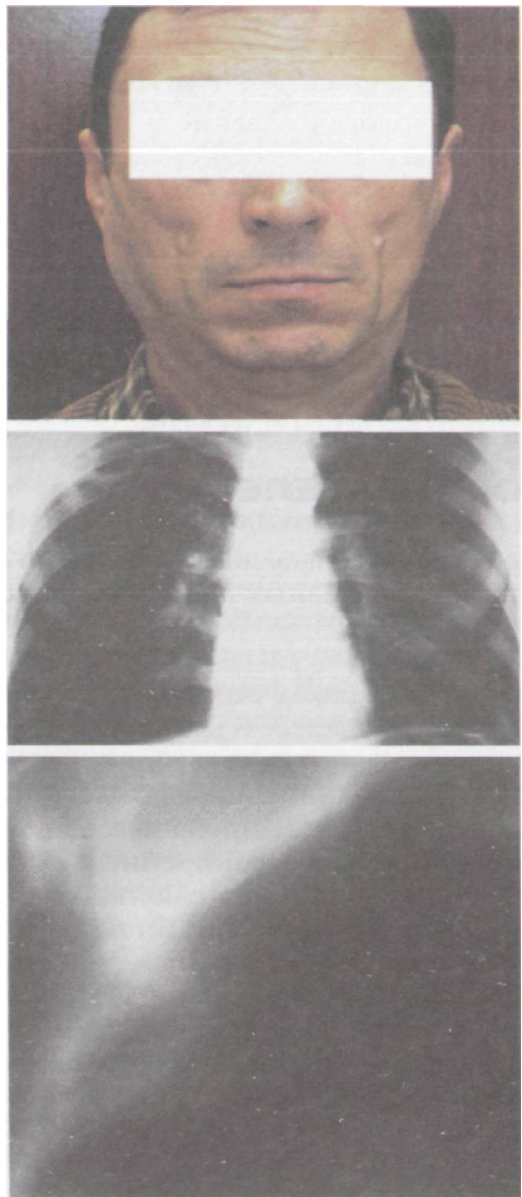
## **□ Диагноз туберкулеза абсолютно верифицирован:**

- выявляется выраженное иммунное воспаление и скопление эпителиоидных клеток и клеток Пирогова-Лангханса вокруг участка специфического казеозного детрита;
- при цитологическом исследовании в мазках — отпечатках околозубной гранулемы и при посеве гомогената гранулемы обнаруживаются МБТ.



# ТУБЕРКУЛЕЗ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

- околоушные слюнные железы (до 3%),
- подчелюстные слюнные железы (реже),
- подъязычные (реже) .



**Рис 6. Туберкулезный  
сиалоаденит у больного  
кавернозным туберкулезом  
верхней доли правого легкого,  
МБТ+**

## Признаки туберкулезного сиалоденита при контрастной сиалографии:

- участки деструкции слюнных желез в виде полостей различной величины и формы;
- неравномерность размеров долек желез из-за атрофии и запустевания части их вследствие развития соединительной ткани;
- наличие обызвествлений,
- кавернозное поражение слюнных желез может сопровождаться формированием свищей.

# Диагностика туберкулезного сиалоденита:

- ▣ **косвенно указывает на туберкулезную этиологию поражения** – обнаружение при рентгенологическом исследовании деформации слюнных протоков, обызвествлений и свищей
- ▣ **Окончательное подтверждение этиологии заболевания** - цитологическое и бактериологическое исследования материала, получаемого путем пункции той или иной железы и при гистологическом исследовании пораженной ткани (после поверхностной пародэктомии).

**Обнаружение МБТ или специфических гранул с казеозным некрозом в центре делает диагноз абсолютно верным.**

## Комплексное лечение:

- это сочетание различных по механизму действия методов и средств, которые дополняя и сменяя друг друга, способствуют быстрейшему выздоровлению с минимальными морфофункциональными остаточными изменениями.

## Цели комплексного лечения:

- для впервые выявленного больного - излечить с минимальными морфологическими и функциональными изменениями;
- для хронического больного - достичь стабилизации процесса и абациллирования;
- для некурабельного больного - облегчить страдания.

# Основные разделы комплексного лечения:

- этиотропная терапия (химиотерапия, направленная на возбудитель);
- патогенетическая (терапия, направленная на различные звенья патогенеза заболевания, с целью повышения защитных сил организма);
- лечение, направленное на пораженный орган;
- симптоматическое лечение;
- дезинтоксикационная терапия;
- лечение сопутствующих заболеваний.

**Основой лечения больного туберкулезом является гигиено-диетический режим и питание**

**Основной метод лечения туберкулеза - химиотерапия (противотуберкулезные препараты)**



## Основные противотуберкулезные препараты:



# Стандартные режимы химиотерапии

Режим химиотерапии	Интенсивная фаза химиотерапии	Фаза продолжения химиотерапии
I режим	2 H R Z E/S	4 <1> HR <*> /4 H R <*> 3 3 6 H R <*> /6 H R <*> 3 3 6 H E 6 H Z E <***> /6 H Z E <***>   3 3 3
IIa режим	2 H R Z E S + 1 H R Z E	5 H R E /5 H R E 3 3 3 6 H R E <***> /6 H R E <***>   3 3 3

# Стандартные режимы химиотерапии режимы химиотерапии

IIб режим	3 H R Z E [Pt] [Cap]/[K] [Fq]	В соответствии с режимами IIа или IV в зависимости от лекарственной чувствительности микобактерий
III режим	2 H R Z E 2 H R Z/E/S <***>	4 H R/4 H R 3 3  6 H E
IV режим	Минимум 5 препаратов, к которым сохранена чувствительность [Z E Pt Cap/K Fq] [PAS] [Rb] [Cs] Длительность фазы не менее 6 мес.	Минимум 3 препарата, к которым сохранена чувствительность [E Pt Fq] [Rb] [Cs] [PAS] Длительность фазы не менее 12 мес

## Фазы химиотерапии:

- интенсивная фаза химиотерапии;
- фаза продолжения лечения.

## Основные принципы химиотерапии:

- своевременное назначение химиотерапии;
- назначать одномоментно 3-5 противотуберкулезных препаратов;
- назначать полные терапевтические дозы из расчета на кг массы тела больного, например, изониазид- 8-10 -15 мг/кг , стрептомицин 15-20 мг/кг;
- учитывать возраст и сопутствующие заболевания;

## продолжение

- учитывать побочные действия от химиопрепаратов;
- учитывать лекарственную устойчивость возбудителя;
- использовать рациональные пути и способы введения противотуберкулезных препаратов;
- лечение больного должно быть длительным и систематическим;
- лечение должно быть контролируемым.

## Условия химиотерапии:

- ▣ регулярность приема противотуберкулезных препаратов;
- ▣ систематический контроль за лечением.

## Этапы лечения больных туберкулезом:

- стационарный этап;
- санаторное лечение;
- амбулаторное лечение.



## ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

□ Терапевтические методы включают:

- общие меры воздействия : гигиено-диетический режим, противотуберкулезная химиотерапия, лечение сопутствующих заболеваний и осложнений, применение иммунокорректоров, витаминов и других патогенетических средств;
- местные неинвазивные и инвазивные меры, направленные на ликвидацию специфического процесса в челюстно-лицевой области.

## Хирургические вмешательства при туберкулезе костей и суставов

- инцизия,
- некроэктомия (при поражениях диплоэ и наружной пластинки кости) ,
- трепанация черепа и удаление грануляции с подлежащего участка твердой мозговой оболочки с компенсацией дефекта костной ткани протезом (при сквозном прободении кости черепа ),
- вскрытие абсцесса и выскабливание его стенки ,
- поднадкостничная резекция и удаление пораженных зубов (при туберкулезе альвеолярного отдела челюсти).

## Лечение туберкулезного паротита

- противотуберкулезная терапия,
- десенсибилизирующие средства,
- инстилляция протоков околоушной слюнной железы 10% раствором изониазида и рифамицина,
- электрофорез околоушных желез раствором галантамина, йодида калия (в период ремиссии )
- резекция или удаление околоушных желез (при развитии обширного абсцедирования в слюнной железе).

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

- строгое соблюдение санитарно-противоэпидемического режима с применением средств, активных в отношении МВТ.
- Осмотр полости рта у больных активной формой туберкулеза и оказание им плановой стоматологической помощи по направлению врача-фтизиатра после исчезновения или уменьшения симптомов интоксикации и при нормальной температуре тела.

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

- стоматологическое лечение начинают с полноценной гигиены полости рта, ее санации, противовоспалительной терапии пародонтита, периодонтита, кариеса и профилактических антибактериальных мероприятий.
- проводят эндодонтическое лечение зубов с хроническим апикальным периодонтитом при хорошо проходимых корневых каналах.

## Противопоказания к проведению лечения:

- хронический пародонтит с наличием II—III степеней подвижности зуба и выраженной атрофии десны;
- значительные деструктивные изменения в периодонте и прилежащей костной ткани (радикулярные кисты и кистогранулемы);
- туберкулезные и другие язвенно-некротические процессы в области пораженного зуба.

**Зубы с пораженным туберкулезом периодонтом удаляют.**

# Меры противоинфекционной защиты врача-стоматолога

- знать группы повышенного риска по заболеванию туберкулезом,
- учитывать наличие в больничной среде полирезистентных штаммов микроорганизмов, которые представляют постоянный источник опасности как для пациента, так и для персонала,
- опрашивать пациентов не страдают ли они туберкулезом, хроническими заболеваниями органов дыхания (аденовирусные инфекции, бронхиты, воспаление легких, плеврит и др.), наличие контакта с больным туберкулезом.
- обязательное представление пациентом при плановом посещении стоматолога результатов флюорографического исследования

# Меры противоинфекционной защиты врача-стоматолога

- Соблюдение гигиенических мероприятий: на рабочем месте:

первая зона - зона лечения : инструменты и материал, т. е. столик лечащего врача - самый высокий уровень гигиены.

вторая зона - границы зоны лечения: наконечники, воздушные пистолеты, отсасывающие шланги, светильники, плевательницы, краны и раковины. Обязательная обработка дезодорирующими средствами после каждого пациента.

третья зона - остальная часть кабинета: стены, полы, двери, шкафы, не соприкасающиеся со слизистыми оболочками пациента. Обязательна ежедневная уборка и хорошая вентиляция.



# Обработка стоматологических инструментов после их использования

- Нестерильные инструменты замачивают в специальном дезинфицирующем растворе
- Все инструменты и лотки очищают моющим раствором
- Сушка инструментов
- Стерилизация инструмента — выдерживание в сухожаровых шкафах согласно санитарно-эпидемиологическим требованиям;
- Хранение инструментов в стерильных условиях до момента их использования врачом стоматологом.

# Меры противoinфекционной защиты врача-стоматолога

- полоскание рта пациентом перед началом лечения (уменьшает содержание бактерий в любых аэрозолях, образующихся во время лечения, применение воды снижает количество бактерий на 75%, а бактерицидных жидкостей — до 98%) .
- Амбулаторную карту следует заполнять после окончания лечения, когда руки врача вымыты.

# Индивидуальные меры предосторожности

- свежестырированная спецодежда
- перчатки, маска и защитные очки
- соблюдение правил личной гигиены.

## Применение средств, активных в отношении микобактерий туберкулеза

- Обработка инструментов, слепков, элементов протезов и т.п. препаратами «Гигасепт», «Лизетол», гидрохлоридом натрия
- Обработка рук мед. персонала перед надеванием перчаток кремом «Пливасепт»,
- Обработка полости рта пациента- полоскание дезинфицирующими средствами пародонтального кармана и десневого желобка 3% перекисью водорода
- Уф-облучение помещений.

**Спасибо за внимание!**

