

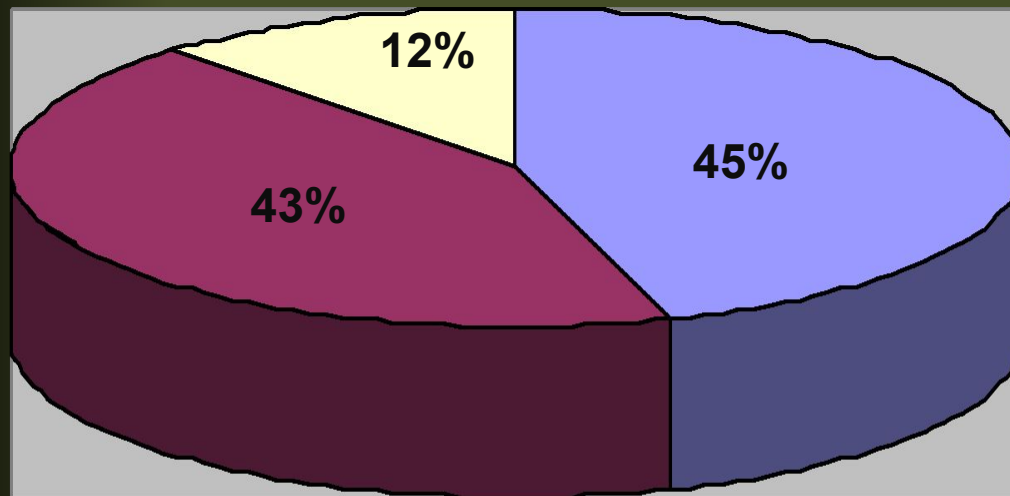
Туберкулез кожи.

(Клиническая лекция)



Запорожье, 2016

- Туберкулез («белая горячка», «чахотка») – одно из самых распространенных инфекционных заболеваний, затрагивающее широкий круг специалистов.
- Чаще встречается на периферии районов
- Распространенность:



- Районы с высокой эндемичностью
- Районы со средней эндемичностью
- Районы с низкой эндемичностью

- ❖ Россия, Украина, страны СНГ и бывшего СССР, Индия, страны ближнего Востока, Восточная Европа, Северная Африка и Южная Америка
- ❖ США, Канада, страны Центральной и Южной Америки, Австралии, Скандинавские страны

- Основной путь передачи – воздушно-капельный и бытовой с высоким риском инфицирования
- В Украине туберкулез кожи составляет 0,8% от количества впервые зарегистрированной заболеваемости
- Современная особенность развития туберкулезной инфекции:
 - возраст 20-39 лет,
 - обилие запущенных форм
 - рост заболеваемости детей
 - наличие резистентных форм
 - наличие микст-инфекций с ВИЧ/СПИД – инфекцией, ВИЧ-ассоциированными болезнями и др.
- Усугубляющие факторы:
 - авария на ЧАЭС
 - Алкоголизация населения, табакокурение, наркомания
 - стрессы, рост вирусных гепатитов В и С
 - Увеличение количества мигрантов, безработных, бедных, БОМЖей, массовая амнистия из мест лишения свободы и несоблюдение отбывшими наказание больными туберкулезом правил личной гигиены.

- В мире инфицировано около 2 млрд. человек
- Ежегодно заболевают 7-10 млн. человек, а умирает – 3 млн. человек
- Прогноз по Украине на 2019г.:

Социально-экономические условия?	ухудшаются	прежние	улучшаются
Заболеваемость	↑ в 2 раза	↑ в 1,5 раза	↑ на 5-10%
Смертность	↑ в 2,5 раза	↑ в 1,7 раз	↓ на 100%

- За последний год в Украине выявлено более 46 тыс. больных туберкулезом
- Более 13 тыс. жителей умерли
- Уровень смертности 21,9 на 100 тыс. населения
- Повсеместно рост заболеваемости детей в 1,3 раза и увеличение смертности до 12,9 на 100 тыс. населения
- Отмечен рост запущенных форм туберкулеза

- Туберкулез кожи из всех форм внелегочной локализации заболевания составляет 0,8-1%
- ↓ заболеваемость тbc волчанкой за счет преобладания диссеминированных форм
- Практически не регистрируется мутилирующая тbc волчанка и скрофулодерма
- Преобладает поверхностная (плоская) форма тbc волчанки
- У 57,1% больных тbc кожи регистрируются запущенные формы, много диагностических ошибок (*вследствие патоморфоза болезни и развития ее атипичных форм*)

Этиология и патогенез

■ Возбудитель:

- *Mycobacterium tuberculosis humanus*
- *Mycobacterium tuberculosis bovinus*

■ Путь инфицирования:

- Лимфогематогенно
- *per contituitatem*
- Экзогенно - редко

■ Микроскопия:

- Тонкие, прямые или изогнутые, гомогенные или зернистые палочки
- Длина 1-4 мкм
- Ширина 0,2-0,6 мкм
- Концы слегка закруглены и утолщены



Этиология и патогенез


■ Биология:

- Не образуют спор, неподвижны, Гр+, устойчивы к кислоте, щелочи, спирту
- Окраска по Цилю-Нильсену – красная
- Характерная черта – полиморфизм
- Устойчива к перепадам влажности и t°
- При кипячении погибает через несколько минут, на солнце – через 15 минут - 3 часа
- Благоприятная питательная среда – молоко и молочные продукты

■ Источник заражения – больной человек, рогатый скот

■ Входные ворота – кожа, слизистые оболочки, альвеолярный эпителий





Особенности туберкулезного воспаления

- Наиболее изучены Т-звенья иммунитета при туберкулезе
- Повышенная чувствительность туберкулинового типа и гранулематозное воспаление наблюдается не на всех этапах развития туберкулезного процесса и не при всех клинических формах туберкулеза кожи
- Степень позитивности туберкулиновых проб различна
- Вариабельность структуры гранулем значительна



Провоцирующие факторы

- Снижение неспецифической резистентности организма
- Острые инфекции, травмы
- Функциональные нарушения нервной системы
- Эндокринные расстройства, в первую очередь сахарный диабет
- Недостаточное питание, гиповитаминозы
- Беременность
- Кортикостероидная и цитостатическая терапия
- Нарушение холестерина, минерального и водного обмена.
- Аллергический компонент



Классификация туберкулеза кожи

1. Локализованные формы

1. Туберкулезный шанкр
2. Туберкулезная волчанка
3. Бородавчатый туберкулез кожи
4. Колликувативный туберкулез кожи
5. Язвенный туберкулез кожи и слизистых оболочек
6. Саркоид Бека

2. Диссеминированные формы

1. Острый милиарный туберкулез кожи
2. Лихеноидный туберкулез кожи
3. Милиарная диссеминированная волчанка
4. Папулонекротический туберкулез кожи
5. Индуративная эритема Базена



Туберкулезный шанкр

- Встречается **редко**
- Возникает **у ранее не инфицированных**
- **Условие** – наличие любой травмы или пиококковая инфекция накануне
- **Локализация:** конечности, лицо, полость рта, конъюнктивы, половые органы
- **Заражение** – прямой контакт с больным активным tbc

Туберкулезный шанкр



Клиника:

Через 3 недели **красно-коричневая папула**, плотная, превращающаяся в поверхностную **безболезненную язву** $\text{Ø}=1,5-2\text{см}$:

Дно покрыто **гнойным** отделяемым, зернистое, иногда **папилломатозно-веррукозное**

Края мягкие, подрытые

Через 2-4 недели от появления язвы возникает **лимфангит** и **регионарный лимфаденит** — первичный **туберкулезный комплекс**



Туберкулезный шанкр

- **Лимфатические узлы** безболезненные, вначале плотные, изолированные, подвижные, затем спаиваются между собой и с кожей, размягчаются и часто вскрываются с образованием язвы, сходной с таковой при скрофулодерме
- Вокруг первичного язвенно-некротического дефекта иногда появляются **люпомы**, и процесс может трансформироваться в волчанку



Туберкулезный шанкр

■ Прогноз:

- Через несколько недель или месяцев происходит заживление язвы с образованием рубца, на котором не исключено впоследствии развитие бугорков, обызвествление лимфатических узлов или генерализация инфекции с развитием диссеминированных форм – папулонекротического или милиарного туберкулеза кожи
- Не исключена реактивация процесса в лимфатических узлах при ослаблении иммунитета или при суперинфекции.

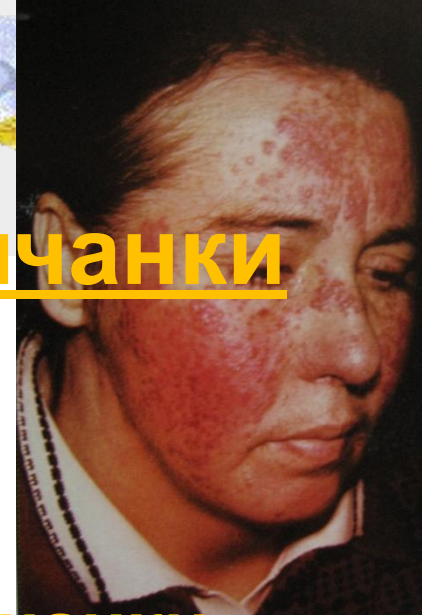
Туберкулезная волчанка

- Наиболее часто встречающаяся форма
- Путь развития – лимфо-, гематогенный
- У 38% больных возбудитель *M.tuberculosis bovinus*
- У 97% - увеличение периферических л/у
- У 30% - изменения костей и суставов
- Основной морфоэлемент – бугорок-люпома (из эпителиоидных и гигантских клеток) красного цвета
- Субъективных ощущений нет, иногда боль при пальпации
- Высыпания без изменений – месяцы-годы
- Диагностика – диаскопия и метод «проваливания зонда»



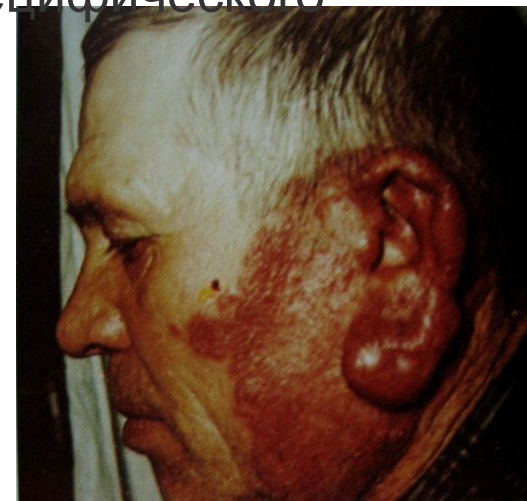
Патогенез туберкулезной волчанки

- Чаще болеют женщины, начало в 5 - 10 лет.
- Нередко волчанка развивается на фоне или после острых инфекций



Факторы, влияющие на развитие волчанки

- **Основные:**
 - наличие в организме туберкулезной палочки
 - наличие определенной степени сенсibilизации (аллергии)
 - воздействие – специфического или неспецифического разрешающего фактора
- **Вспомогательные:**
 - ранний возраст
 - травмы и нарушения обмена веществ
 - острые инфекционные заболевания.





Виды туберкулезной волчанки

- lupus maculosus
- lupus planus nodularis или tuberculosus
- lupus planus tuberosus
- lupus tumidus
- lupus verrucosus
- lupus hypertrophicus s. papillomatosus
- lupus planus squamosus s. pityriasiformis
- lupus exfoliativus
- lupus planus psoriasiformis
- planus psoriasiformis rupioides
- lupus vulgaris erythematoides
- lupus vulgaris ulcerosus s. exedens
- lupus erustus
- lupus impetiginosus
- lupus rupioides
- lupus haemorrhagicus

Клиника туберкулезной волчанки

- **Губы** - язвенные и гипертрофические очаги, приводящие к мутиляции губ. Часто рубцовое сужение ротового отверстия.



Клиника туберкулезной волчанки

■ **Ушные раковины** - плоские бугорки склонные к слиянию на мочке уха, которая утолщается, увеличивается. Иногда распад и изъязвление до полной мутляции раковины с закрытием или сужением слухового прохода.



Клиника туберкулезной

волчанки

Кожа лица

■ При **плоской форме** лицо покрыто бугорками и узлами.

■ При **язвенной форме** большая часть лица, особенно щеки и губы, отечны, утолщены, с элефантиазом, покрыты плотными гнойными корками.



Клиника туберкулезной

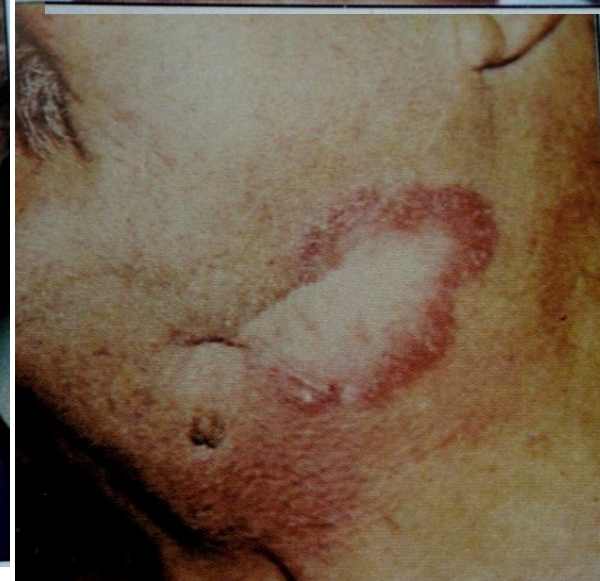
ВОЛЧАНКИ

- Иногда при длительном процессе волчанка захватывает **всю кожу лица**.
- В **злокачественных случаях** мутиляция носа, губ, век, ушных раковин, поражение глаз. Вся кожа подвергается атрофическому рубцеванию. Деформация лица придает больному уродливый, «страшный вид».



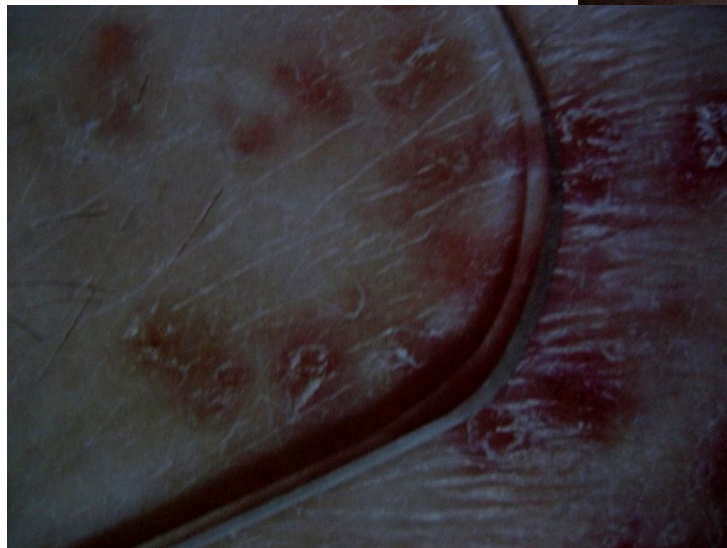
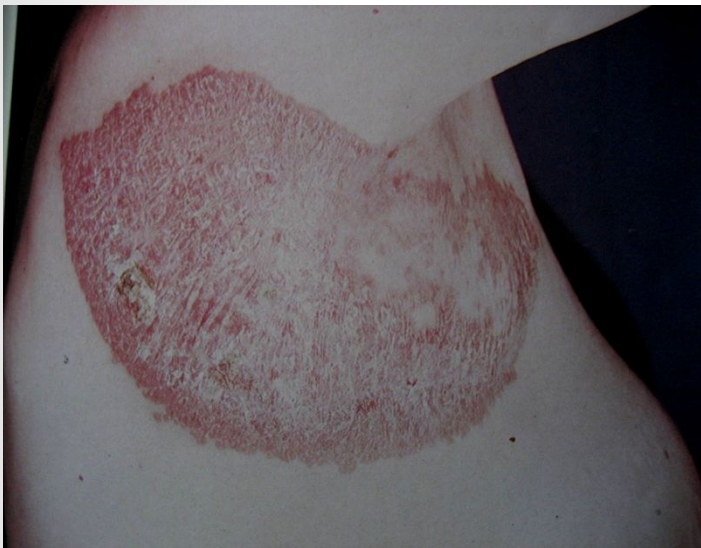
Клиника туберкулезной волчанки

■ **Шея** – чаще всего плоская бугорковая форма. Иногда бывает шелушащаяся форма. При рубцевании - атрофия, склонность к эскориациям и нагноению, стяжению шейных мышц, затруднение подвижности шеи.



Клиника туберкулезной волчанки

■ **Туловище** (грудь, живот и спина) - очень редко, поверхностные и доброкачественные формы самопроизвольно рубцуются. Рубцы поверхностные, гладкие или складчатые. Наблюдаются серпигинозные и аннулярные формы.



Клиника туберкулезной волчанки

■ Ягодицы и задний проход – редко, чаще в виде плоской бугорковой формы.



Клиника туберкулезной

ВОЛЧАНКИ

■ **Конечности** – часто, плоская и язвенная форма, нередко серпигинирующая. Склонность к периферическому росту. На нижних конечностях появляются гипертрофические разрастания, элевантиаз, бугорки имеют характер веррукозной или папилломатозной волчанки.



Клиника туберкулезной

ВОЛЧАНКИ

■ Язвенная волчанка на конечностях ведет к мутляции. Кисть и подошва деформированы, утолщены и изуродованы.



Клиника туберкулезной волчанки

■ **Половые органы** - поражаются очень редко. Бугорки с папилломатозными разрастаниями. С лобка процесс переходит на половой член мошонку. Описаны случаи бугорковых и язвенных поражений половых органов у мужчин и гипертрофических – у женщин и девочек. Очаги одиночные.






Люпозные поражения слизистых

- Возможно **одновременное поражение кожи**, переход с кожи на слизистые оболочки и наоборот.
- Клинически **волчанка ВДП**: появление **бугорка**, слегка возвышается, величиной с булавочную головку, сероватого, серо-желтого или красноватого цвета, мягкой, иногда плотноватой консистенции, узелки слегка кровоточат, склонны к слиянию. Образуют при слиянии возвышенную, неправильной формы стекло-прозрачную **бляшку** с зернистой бугристой поверхностью. Бляшки разрастаются и образуют небольшие **плотные ограниченные опухоли**.
- Иногда бугорки самопроизвольно рассасываются с **рубцеванием** в центре и распространением по периферии. Новые бугорки появляются на рубцах, но чаще они распадаются с появлением **язв** – поверхностные, с резко ограниченными краями, с гнойным или чаще гранулирующим дном, покрытые плотными корками. **В тяжелых случаях** образуются глубокие язвы, проникающие до надхрящницы и хряща, с перихондритами и хондритами. Иногда разрушение доходит до костной ткани (lupus vorax).



Люпозное поражение слизистой полости носа

- Самая частая локализация
- **Предшествуют** длительные риниты с кровотечениями или зловонным запахом из носа, с образованием сухих корок и затруднением дыхания
- **Основной элемент** – бугорок серо-красного или серо-желтого цвета, выступающий над кожей
- Бугорки разрастаются, покрываются сухими толстыми корками, покрывающие поверхностные изъязвления с дном, выполненным кровоточащими грануляциями
- **Локализация** – преддверие носа, реже - нижние раковины и дно полости носа, передние концы средних раковин
- **Разрушение** подхрящницы и хряща с образованием перфорации носовой перегородки, западением кончика носа
- Формирование **рубцов неправильной формы**, гладких, блестящих, иногда полное закрытие входа в нос



Волчанка носоглотки, носовых раковин, придаточных пазух, слезных мешков (дакриоцистит) и слизистой носо-слезного канала, конъюнктивы глаза

- **Конъюнктивита** зернистая, утолщенная. Иногда образуются мягкие, безболезненные, грибовидные опухолевидные массы с зернистостью серого или красноватого цвета, а иногда - язвы с утолщенными, т.н. «петушиными гребнями». При рубцевании - выворот век (эктропион или энтропион), ресницы выпадают. Заканчивается паноптальмией или слепотой.

- **Волчанка носоглотки** первичная - крайне редко. Чаще – вторичный процесс с поражением заднего края перегородки носа, носовой поверхности язычка, свода глотки, трубных валиков и задней стенки глотки. Клинически: бугорковые, язвенные, рубцовые поражения. Результат - полное закрытие носового отверстия, поражается среднее ухо.

Волчанка полости рта

Чаще - на деснах, твердом и мягком небе

Пути заражения:

1. per continuitatem;
2. Лимфогенный
3. Гематогенный
4. Интракапсулярное метастазирование.

Клинические формы по Лукомскому:

- Инфильтративная
- Бугорковая
- Язвенная
- Рубцовая
- А также язвенно-папилломатозная форма и небольшие слизистые цисты





Формы поражения десен по Лукомскому

1. **Маргинальное** – вначале банальное поражение края десен, а затем переходит в бугорково-эрозивную форму
2. **Супрамаргинальное поражение** – инфильтративное или бугорково-язвенное; сверху десны
3. **Тотальное поражение** – в виде инфильтративной, чаще эрозивной, а иногда и – язвенной форм, плохо поддается лечению, часты рецидивы, с поражением костной ткани альвеолы
4. **Билатериальное поражение** протекает в форме тяжелой язвенной волчанки. При язвенном поражении вследствие трофических процессов происходит рассасывание кости в альвеолярном отростке, клинически – альвеолярная пиорея. При этом расшатываются и смещаются зубы, потом – выпадают. Рубцевание дает спаивание слизистой губы и слизистой неба



Волчанка других локализаций

- **Миндалины** – бугорковая или язвенная форма, при рубцевании – стягивает на себя мягкое небо, язычок и боковую стенку глотки
- **Глотка** – инфильтративно-бугорковая форма с рубцеванием. В тяжелых случаях – закрытие входа в носоглотку. В запущенных случаях – расстройство голоса и дыхания за счет рубцового изменения надгортанника, сужения входа в гортань. Поражаются мышцы гортани.
- **Язык** – очень редко. Веррукозная и папилломатозная формы. Нет склонности к изъязвлению.
- **Губы** – язвенная форма, болезненная, с мутилляцией. Нарушается ротовое дыхание, искажается речь, затруднен прием пищи
- **Слизистая щек** – кератоз эпителия, изъязвление, рубцевание. Может поражаться вся слизистая полости рта - *pan-tuberculosis luposa*



Течение люпозных процессов

- **хронически**, медленно, годы и даже десятки лет
- бывают «**острые**» формы, **злокачественные**
- **Периодические рецидивы** под влиянием различных факторов, ослабляющих иммунитет, под влиянием раздражителей
- **Исход** – рубцевание с атрофией, реже – келлоидированием, что приводит к рубцовому стягиванию, деформации и обезображиваниям органов. **Инвалидизация**.
- На местах кожного туберкулеза возможно развитие злокачественных опухолей – **lupus carcinoma**



Принципы диагностики

- феномен «яблочного желе» при диаскопии;
- медленное течение процесса
- типичные атрофические, гладкие, блестящие рубцы и появление новых высыпаний на рубцах;
- небольшое количество очагов;
- склерозированные регионарные железы
- преимущественная локализация на лице;
- симптом «проваливания зонда»
- при язвенных разрушениях – западение кончика носа («совиный нос»);
- элифантиаз на лице;
- первое проявление в ранние годы жизни (5-10) лет.
- положительные пробы Пиркетта и Манту;
- гистологическое исследование бугорка;
- туберкулезные палочки в ткани;
- положительный результат при прививке животному (морская свинка)
- туберкулез в других органах, туберкулез в анамнезе;
- отсутствие субъективных ощущений и температуры.



Дифференциальная диагностика

- геморрагический васкулит
- пигментные пятна
- acne vulgaris
- красная волчанка
- granulosis rubra nasi
- Псориаз
- Проказа
- Актиномикоз
- Лейшманиоз
- sycosis luproidei
- сифилис третичный
- саркоид Бека
- отек Квинке

Бородавчатый туберкулез кожи

- результат **суперинфекции**
- Болеют преимущественно **мужчины**, реже – дети
- Возбудитель чаще - **микобактерия бычьего типа**
- **Клинически:** вначале – небольшой, возвышающийся над кожей плотный, безболезненный узелок, синевато - или серовато-красного цвета, покрытый тонкой чешуйкой. Узелок окружен узкой красной каемкой. В дальнейшем различаются 3 зоны:
 - **периферическая** эритематозная зона.
 - **Средняя** - со значительной инфильтрацией, покрытая корками и чешуйками; при надавливании выделяются капельки гноя
 - **Центр** - грязно-серого цвета, плотная, покрытая папилломатозными разрастаниями, с трещинами и бороздами между сосочками и плотными роговыми чешуйками. При отпадании чешуек или сосочков поверхность имеет решетообразный вид

Бородавчатый туберкулез кожи

- **Исход** – рубцевание без рецидивов
- **Поражение** обычно одиночное, безболезненное, чувствительное к надавливанию
- **Локализация** – на конечностях, чаще на кистях, на тыльной поверхности, на пальцах, межпальцевых промежутках, реже – на ладонях и локтях, еще реже на стопах. Крайне редки другие локализации: ягодицы, анус, шея, подмышечные впадины, лицо, слизистые и язык



Бородавчатый туберкулез кожи

- **Трупный бугорок (бугорок анатомов)** - развивается как правило на пальцах на 8-10 день болезни, развивается как обычно, но потом в центре изъязвляется вследствие вскрытия маленьких подлежащих абсцессов, и образуется небольшая язва, покрытая плотной коркой, а по периферии – папилломатоз. Характерна боль при пальпации, лимфангоит, лимфаденит.
- **Общее состояние** не нарушается, туберкулиновые пробы положительные.
- Часто у больных одновременно регистрируется **туберкулез легких**.
- **Течение** хроническое, **прогноз** благоприятный.



Дифференциальная диагностика

- простые бородавки
- бородавчатый плоский лишай
- *akanthosis nigricans*
- вегетирующая пиодермия
- болезнь Галлопо
- вегетирующие формы сифилидов
- Споротрихоз, бластомикоз, узловатые формы трихофитии, лейшманиоз
- бромодерма, йододерма, гиперергия к ртути
- спиноцеллюлярный рак

Колликвативный туберкулез кожи

- Следствие гематогенной диссеминации Mbt
- **Клиника:** Скрофулодерма начинается с небольших безболезненных плотных узлов, **в глубоких отделах кожи или ПЖК**; резко ограниченные, округлой формы, вначале не спаянные с кожей; одиночные или группы. **Быстро увеличиваются** в объеме, спаиваются и сливаются. Далее начинают выступать в виде ограниченных округлой формы опухолей из-под кожи. Кожа синюшна, а при давлении стеклом появляется сплошной желто-бурый цвет. При ощупывании размягчение - **холодные абсцессы**. В дальнейшем кожа истончается, изъязвляется, выделяется гнойная масса серо-зеленого или фиолетового цвета, часто с примесью крови или крупинками некротической массы. Образуются корки. В дальнейшем поражение принимает **ползущий характер**.

Колликувативный туберкулез кожи

- **Особенность** — склонность к самозаживлению, рубцеванию
- Довольно часто на рубцах и вокруг них возникают типичные люповзные узелки. Комбинация скрофулодермы и волчанки встречается нередко



Колликвативный туберкулез кожи

- **Локализация:** шея, подбородок, грудь, лицо, реже – конечности и спина, слизистые оболочки, подмышечные впадины
- **Патогенез:** болеют дети, у взрослых – реже. Общее состояние не нарушается. Активный туберкулез других органов – редко
- **При множественных очагах** – анемия, общая диссеминация туберкулеза. Резко положительная проба Пиркета






Дифференциальная диагностика

- Третичный сифилис
- Споротрихоз
- Актиномикоз
- Пиодермия
- Индуративная эритема Базена




Язвенный туберкулез кожи и слизистых оболочек

- Следствие аутоинокуляции или суперинфекции за счет активного туберкулеза
- Отмечается иммуносупрессия с отрицательными туберкулиновыми тестами
- Локализация – слизистые рта и заднего прохода
- Отличие от язвенной туберкулезной волчанки:
 - более резко выраженной склонностью к распаду и изъязвлению
 - слабой склонностью к заживлению
 - большей устойчивостью к терапии
- Близок к милиарному туберкулезу



Язвенный туберкулез кожи и слизистых оболочек

- Клинически **начинается** с плотных милиумов, ярко-красных, которые быстро размягчаются и изъязвляются
- В **стадии полного развития**: язва $\text{Ø}=1,5-2$ см, со следами слившихся язв, с извилистыми, круто обрезанными возвышенными, часто зубчатыми краями
- **Дно** красно-серое, из грануляционной ткани, иногда с точечными кровоизлияниями или небольшим гнойным налетом
- На дне и по краям желтые **зернышки Треля** – характерные милиарные бугорки (мельчайшие абсцессы)
- **Течение** очень медленное, периоды ослабления и приостановки.



Атипичные формы язвенного туберкулеза


- 1. У молодых женщин, страдающих вялыми формами легочного туберкулеза или кожными «туберкулоидами».** Язвы на одном или нескольких участках кожи, шеи, груди, плеча, паха бедер, подъема стопы.
- 2. Фагеденический тип туберкулезных язв** с быстрым развитием и значительным разрушением всех слоев кожи до апоневроза и мышцы больных тяжелым туберкулезным процессом в стадии кахексии.
- 3. Вегетирующий тип язв** на поверхности вульвы и ануса в виде опухолей темно-красного или синеватого цвета, плотной консистенции с изъязвлениями.
- 4. Фрамбезиформные язвы** в виде широких, мягких, растянутых бляшек, папилломатозно разросшихся.
- 5. Фунгозный (грибовидный) туберкулез** с поражением одной части туловища, лице, конечностях.

Язвенный туберкулез:

типичная локализация



- **Губы** (язвы по срединной линии или по бокам, отмечается боль, слюнотечение, лимфаденит);
- **Слюнные железы** (отек и безболезненные уплотненные тяжи спаянных лимфоузлов);
- **Десны** (набухают и дугообразно выгибаются, рыхлые, кровоточащие, болезненные, язвы с зернистым дном, углубление вызывает разрушение периодонта и кости с расшатыванием и выпадением зубов);
- **Небо** (на задней части покраснение, инфильтрация с переходом в поверхностную язву, слюнотечение, боль при глотании, на боковых поверхностях — трещины и эрозии переходят в язву с неправильными краями);



Язвенный туберкулез: типичная локализация

- **Язык** (в виде туберкуломы, туберкулезных язв и диссеминированных изъязвлений);
- **Слизистая оболочка щек** (в углах рта или в месте перехода щеки в мягкое небо – язвы не отличающиеся какими бы то особенностями, очень сходны с сифилитическими язвами и гуммами);
- **Область ануса** (язвы на границе слизистой и кожи, распространяются по поверхности, трудно определяемые, обширные, иногда распространяются вглубь с образованием фистулезных ходов, иногда переходят на половые органы, болезненные, течение медленное и длительное).



Саркоиды: классификация

I. Кожные саркоиды (люпоиды Бека)

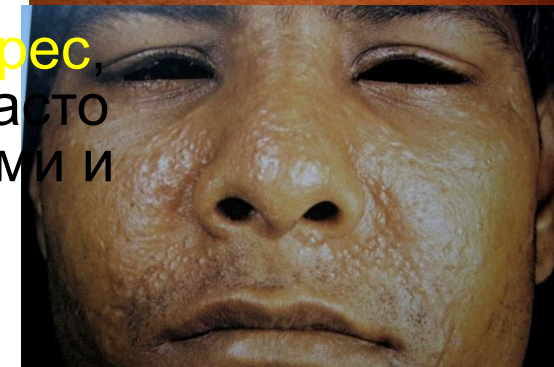
1. Рассеянный мелкоузелковый (миллиарный) люпоид Бека
2. Крупноузелковый очаговый (кожный) люпоид Бека
3. Диффузно-инфильтративный саркоид

II. Подкожные саркоиды

1. Подкожные саркоиды Дарье-Русси
2. Рассеянные узловатые саркоиды Дарье

Рассеянный мелкоузелковый (милиарный) люпоид Бека

- **Вначале** мелкие, до горошины, возвышающиеся полукруглые ограниченные **узелки в дерме**, с каштановым оттенком, плотноэластической консистенции, кожа над ними гладкая.
- **При диаскопии** – симптом «яблочного желе», но менее прозрачен, чем при волчанке.
- **Высыпания множественные**, симметричные, часто на лице, но бывает и на других участках кожи (грудь, лопатка, конечности, волосистая часть головы).
- **Нет склонности к нагноению или изъязвлению**.
- Без лечения постепенный и **медленный регрес**, оставляя малозаметный, атрофический, часто **пигментированный рубец** с тонкими чешуйками и телеангиэктазиями.



Крупноузелковый очаговый (кожный) люпоид Бека



- Немногочисленные, крупные (до грецкого ореха) **узлы в дерме**, выступают над кожей, полукруглые, иногда неправильной формы, **мягкой пастозной консистенции**.
- При **диаскопии** просвечивают мелкие непрозрачные пятнышки.
- **Локализация**: лоб, нос, щеки, плечи, предплечья.
- **Исход** – регресс со слегка возвышающимися над кожей краями, желтобурого цвета, слегка шелушатся, центр западает, окрашивается в синеватый оттенок и пронизывается многочисленными веточками расширенных сосудов. Заканчивается процесс полным рассасыванием инфильтрата, пигментацией или телеангиэктазиями, рубцами. **Нет нагноения, размягчения и изъязвления.**

Диффузно-инфильтративный саркоид

- Встречается значительно реже, чем две предыдущие формы и часто бывают с ними в комбинации.

- Начинается с диффузной красноты с зудом, затем высыпают мелкие узелки, а потом — крупные узлы. Далее нерезко ограниченные, мало возвышающиеся над кожей, плотные на ощупь, в дерме инфильтраты, величиной до ладони.



Диффузно-инфильтративный саркоид (2)

■ Течение медленное, хроническое. Редко - множественные поражения. Через несколько месяцев высыпания рассасываются, остается легкий атрофический рубец, пигментация. Встречаются рецидивы.

■ Описаны саркоиды на слизистых: белопаловые плотные узелки, окруженные гиперемизированным ободком. В дальнейшем бледно-желтые бляшки над кожей. Нередко гипертрофический процесс и изъязвления, отмечается сужение полости носа. Часто поражаются лимфатические узлы, размягчения и нагноения нет



Подкожные саркоиды Дарье- Русси

- Вначале - **маленькие безболезненные узелки**, с горошину, в подкожной клетчатке. Кожа над ними вначале нормальная, а затем - ливидно-красная, напряженная, приподнятая. Узлы увеличиваются, сливаются, образуя обширные, неровные выпуклые бляшки или узловатые шнуры. **Спаиваются с кожей.**
- Развитие **медленное, хроническое**, иногда подострое. Подкожные опухоли никогда **не подвергаются некрозу, нагноению или изъязвлению.**
- **Локализация** – область лопаток, ребер, боковая поверхность туловища, бедра, нижняя часть живота, кисти, предплечья, голени, в/ч головы. **Одинаково часто встречаются у лиц обоих полов и детей.**





Рассеянные узловатые саркоиды Дарье

- **Появляются постепенно**, часто приступами, отдельные подкожные узелки и узлы, симметрично на разгибательной поверхности конечностей, туловище, лице. В количестве – 10-30. Кожа нормальной окраски или с коричнево-синеватым оттенком, **феномен «апельсиновой корки»**.
- Редко на поверхности эрозирование и образование небольшого углубления с коркой.
- **Течение длительное**, иногда самопроизвольный регресс. **Никогда не размягчаются и не изъязвляются**.

Ангиолоюпоид

- **Локализация** – лицо, область носа.
- **Количество очагов** – 1-5, $\text{Ø}=2\text{-}3\text{см}$, округлые возвышающиеся над кожей **узелки** – **бляшки**, резко ограниченных от окружающей кожи, с гладкой или слегка бугристой поверхностью, иногда с незначительным западением в центре и возвышением по периферии. **При пальпации** – мягкий вязкий инфильтрат.
- **Характерна окраска**: красная с синюшным оттенком и желтыми крапинками. **Диаскопия** – феномен «яблочного желе».
- **Субъективных ощущений** нет.
- **Течение медленное**, доброкачественное, без регресса, резистентность к терапии.

Chilblain – lupus

- **Переходная форма** к красной волчанке.
- Болеют чаще **женщины**
- Вначале – небольшие **багрово-красные пятна**, потом различной величины **папулы** с углублениями в центре, с синевато-красной каймой, на поверхности небольшой гиперкератоз и роговая атрофия. Сливаются, образуя пятна с сидящими на них резко ограниченными бляшками, плотными, покрытыми чешуйками, в центре – небольшое некротическое вдавление.
- **При заживлении** синевато-багровые **пятна** с белыми поверхностными рубцами в центре.
- **Локализация** – пальцы рук, ушные раковины.

Lupus – pernio

■ Болеют **взрослые**

■ **Локализация:** нос, щеки, веки, ушные раковины, кисти рук.

■ **Клинически:** нерезко ограниченные очаги отеочной припухлости над кожей, багрового цвета, с гладкой поверхностью, мягкие. **При диаскопии** – симптом «яблочного желе», мелкие телеангиэктазии. Кожа вокруг тестоватой консистенции. Очаги симметричны. Иногда – **изъязвления, рубцы.**

■ **Ремиссии** – в жаркое время года и **обострения** – в холодное.

■ Иногда бывают **поражения слизистых полости рта и носа, фаланг пальцев.** **При рентгенографии** – в костях фаланг зоны обызвествления. Отмечается **увеличение лимфатических узлов, гипертрофия легких,** в крови – **мононуклеоз.**

■ Туберкулезные палочки в тканях не обнаруживаются, прививки животным отрицательные. **Туберкулиновые реакции отрицательные.**

Блестящий лишай (блестящая гранулема)

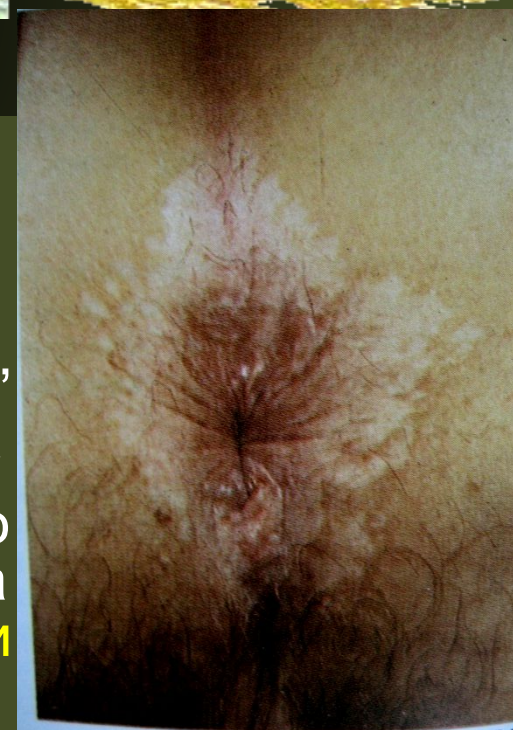
■ **Клинически:** величиной с булавочную головку, резко ограниченная, слегка возвышенная, гладкая, блестящая **папула** округлая, желтовато-бурого цвета, «прозрачная», с виду похожа на пузырек или зерна саго. Несколько пятен, располагаются беспорядочно на нормальной коже, **без склонности к слиянию и группировке.**

■ **Диаскопия** – симптом «яблочного желе».

■ **Локализация** – половые органы у мужчин, коленные и локтевые суставы, редко – слизистые.

■ Существует **несколько месяцев** и **бесследно исчезает.**

■ **Туберкулиновые тесты отрицательные.**




Розацеаподобный туберкулез кожи

- **Локализация** – лицо, особенно щеки и лоб
- **Клинически** – **узелки** размером от булавочной головки до конопляного зерна, в значительном количестве, желтовато-коричневого цвета, **не исчезают при диаскопии**.
- **Лицо** - синева-красное, с телеангиэктазиями (сходство с розацеа).
- Чаще встречается **у пожилых людей**.



Кольцевидная гранулема

- Некоторые авторы относят дерматоз к **разновидностям туберкулеза кожи.**
- **Клинически:** появление плотного болезненного **узелка** размером с горошину, который увеличивается и постепенно принимает **кольцевидную форму.**
- Наиболее частая **локализация** – тыльная поверхность пальцев рук. Бывает и на других участках кожи.



Туберкулезный лимфогрануломатоз

- Представляет собой туберкулоидное множественное гранулематозное поражение лимфатических узлов с последующим казеозным распадом.
- **Клинически:** множественное увеличение лимфатических узлов, спаянных с кожей, размягчение, вскрытие с выделением гнойно-творожистых масс, **общей интоксикацией** с высокой температурой и нарастающим упадком сил.
- **Исход – летальный.**



Острый милиарный туберкулез

- **Клинически:** протекает разнообразно в связи с возрастом и быстрой диссеминацией туберкулезных палочек. **Высыпания** - **мелкие папулы**, округлые, слегка приподнятые над кожей, красновато-бурые, **не исчезают при давлении стеклом**, по всему кожному покрову, кроме лица. Некоторые папулы с вдавлением в центре, некоторые - в центре изъязвлены и покрыты корочкой, выдавливается желтоватая казеозная масса.
- **Общее состояние больных тяжелое.** Дети стонут, бледные, худые, с высокой температурой, отмечается кашель, плач.
- Часто **сопутствует туберкулез внутренних органов.**
- **Течение тяжелое** и прогноз неблагоприятный.


Лихеноидный туберкулез кожи

- **Локализация:** туловище, грудь, спина, реже – живот.
- **Клинически:** небольшие, с булавочную головку, округлые, мягкие **папулы**, бледно-желтые или бурокрасные, слегка возвышающиеся над кожей, при давлении **нет феномена «яблочного желе»**. Покрыты небольшой **чешуйкой**. На вершине папулы отверстие фолликула или пушковый волос, пронизывающий чешуйку.
- **Течение** доброкачественное, субъективных ощущений нет, общее состояние не страдает.
- Папулы **через 3-6 недель рассасываются**, не оставляя следов, иногда остаются белые или пигментированные **поверхностные рубцы**.
Склонность к рецидивам.
- **На туберкулин реакции резко положительные.**



Лишай золотушный





Миллиарная диссемированная волчанка

- **Типичная локализация:** лицо, в/ч головы и шея, редко – на конечностях. **Возраст больных** – 20-30 лет.
- **Клинически:** изолированные миллиарные, желто- или буро-красные, просвечивающие **папулы**, единично или группами. Поверхность гладкая, слегка лоснящаяся, покрыта желтоватыми чешуйками. При диаскопии – **симптом «яблочного желе»**, **зонд легко проникает в инфильтрат** вглубь ткани. Папулы не склонны к слиянию или периферическому росту.
- **Излечение самопроизвольное** с формированием пигментированных рубцов.
- Высыпания появляются в виде **острого приступа** с большим числом элементов. Через 4-5 месяцев – **регресс**.
- **Общее состояние не нарушается.**

Милиарная диссемирированный туберкулез кожи



Папуло-некротический туберкулез кожи

Клинически две формы:

- Поверхностная
- Глубокая

Течение различное.

- В одних случаях высыпание регрессирует и за 6-8 недель исчезает.
- В других случаях - затяжное течение до нескольких лет с периодами вспышек и затихания, отмечается сезонность и зависимость от менструаций.

Папулонекротический туберкулез нередко комбинируется с другими формами кожного туберкулеза.



Папуло-некротический туберкулез кожи – поверхностная форма

Вначале - небольшая, с конопляное зерно, **воспалительная папула**, плотная, бледная, выступающая в виде плоского или полушаровидного образования над поверхностью кожи.

Затем в центре папулы образуется **возвышение**, при прокалывании выделяется немного серозной жидкости, а при выдавливании – **некротическая масса**. Над папулой корочка, снимается с трудом, под ней кратерообразное, слегка кровоточащее углубление или небольшая округлой формы, язва с круглыми краями.



Папуло-некротический туберкулез кожи – поверхностная форма (2)

- При заживлении **беловатый рубчик**, слегка вдавленный, окруженный пигментацией.
- **Общее состояние не нарушено.**
- **Типичная локализация** – конечности, разгибательные поверхности голеней, бедер, плеча, предплечий; колена, локти, тыл кистей, подошв, ягодицы. Реже – на других участках (лицо, уши, половые органы, туловище). Бывают случаи универсальных высыпаний.
- Иногда **атипичные некротические процессы.**



Папуло-некротический туберкулез кожи – глубокая форма

- Начинается с маленьких округлых, плотных **узелков**, с просяное зерно, в подкожной клетчатке, не спаянных с окружающей тканью.

- Затем узелки увеличиваются до горошины, кожа над ними краснеет, в центре – **размягчение (некроз), перфорация и выделение гнойной массы**, которая засыхает в корочку желто-бурого цвета.

- Через несколько дней корка отторгается, инфильтрация рассасывается, оставляя **вдавленный рубец с буроватой каемкой**.

- **Типичная локализация:** лоб, виски.

- Встречаются **туберкулоиды в виде акнеформных высыпаний** на спине, голове, груди, конечностях, половых органах.



Индуративная эритема Базена

- В основе заболевания дермогиподермальный аллергический васкулит, вызванный повышенной чувствительностью к микобактериям, которые попадают в кожу преимущественно гематогенно.

- Болеют в основном девушки и молодые женщины, страдающие нарушениями периферического кровообращения, гормональными дисфункциями, в первую очередь гипофункцией половых желез.

- Провоцирующий фактор - длительное пребывание на ногах.

- Возникновение заболевания — осенне-весенний период.

- Прогноз для выздоровления благоприятный. Могут быть поздние рецидивы, иногда через несколько лет. Течение длительное, редко бывает изъязвление узла.



Индуративная эритема Базена

■ **Клинически:** узлы в подкожной жировой клетчатке голени, с покрасневшей кожей над ними, преимущественно у женщин с малоактивным туберкулезом лимфатических узлов. Узлы самопроизвольно **рассасываются летом и рецидивируют весной и осенью.** После рассасывания узла — **гиперпигментированный рубец,** в дальнейшем депигментируется.

■ Крайне редко выступают над уровнем кожи, заметны на расстоянии, **определяются** хорошо только **пальпаторно.**

■ Отмечается **местное повышение температуры.**

■ **Размер узлов** — от вишни до куриного яйца. **Форма** — округло-овальная. Плоские инфильтраты могут быть неправильной формы с полициклическими очертаниями.

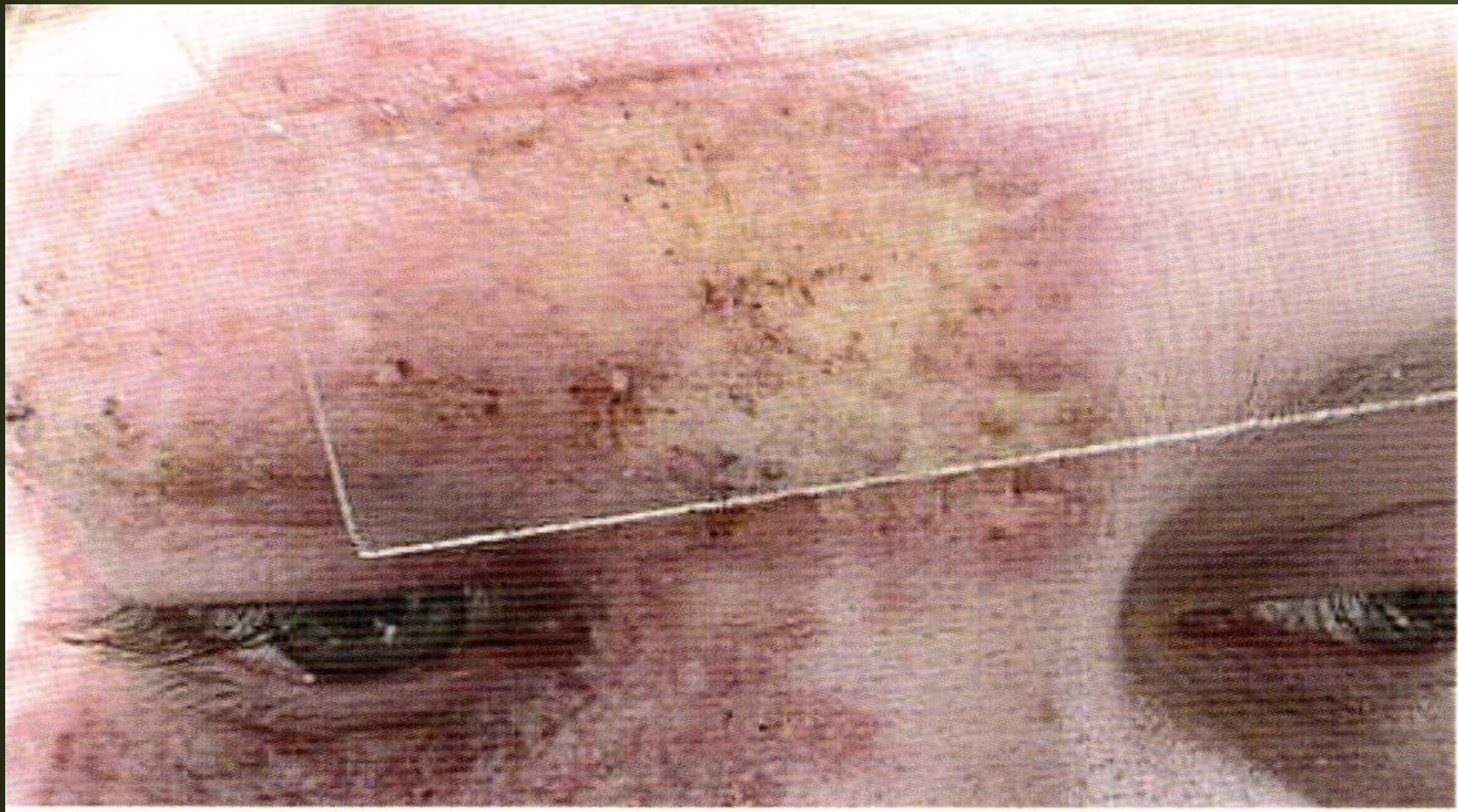




Диагностика туберкулеза

- Данные анамнеза,
- Клиническая картина,
- Результат биологических проб
 - Заражение животных,
 - Патогистологическая картина,
 - Кожные реакции на туберкулин,
 - Наличие сопутствующего туберкулеза других органов.

Феномен «Яблочного желе»



Лечение

■ Согласно приказам МОЗ Украины №499 от 28.10.2003г. и №507 от 28.12.2002г.

■ **Первые 2 месяца:**

- изониазид, рифампицин, пиразинамид ежедневно

■ **Последующие 4 месяца:**

- изониазид и рифампицин ежедневно или через день

■ При стойкости МБТ к 1-2 или больше основным препаратам их заменяют в вышеприведенном режиме на резервные препараты:

- **Изониазид** - на этионамид (протионамид) или фторхинолон (офлоксацин, ципрофлоксацин, нефлоксацин и т.д.); возможно и применение изониазида, но в интермиттирующем режиме и в соединении с не менее чем тремя препаратами, к которым сохранилась чувствительность МБТ.
- **Рифамицин** – на фторхинолон, этинамид (протионамид) и другие.
- **Стрептомицин** – на канамицин или амикацин, каприомицин.



Лечение

- В настоящее время проводится **комплексное лечение**, т.е. сочетание комбинированной **антимикобактериотерапии (КАМБТ)**, применение **патогенетических средств**.

- Лечение больных туберкулезом должно быть **комплексным, непрерывным, длительным**, проводится с учетом теоретических основ химиотерапии при туберкулезе, и предусматривать **стационарные, амбулаторные и санаторно-курортные этапы**, а также местное лечение.

- Основные противотуберкулезные препараты разделяются на две группы.

- К **1-ой группе** относятся основные противотуберкулезные препараты: стрептомицин, тубазид, фтивазид, самозид, метазид, ПАСК, рифампицин.

- Во **2-ю (резервную) группу** входят тибон, этионамид, пиразинамид, этамбутол, циклосерин, виомицин, канамицин.

Лечение

■ **Патогенетическое лечение** включает рациональное питание, инсулин, анаболические стероиды, кокарбоксилазу, АТФ, липоевую к-ту, поливитамины, растворы электролитов, переливание крови, плазмы, альбумина, протеина, иммуномодуляторов (левамизол, этимизол, нуклеинат натрия, вилозен, спленин, интерферон, нидометацин, иммунофан, имускорин).

■ Также применяются туберкулин, кортикостероиды, пирогенал, лидаза, гиалуронидаза, нестероидные противовоспалительные, антиоксиданты, антигистаминные, ингибиторы протеолитических ферментов.

■ Также используются препараты, улучшающие периферическое кровообращение (главенол, пентоксифиллин, пентилин и др.), энтеросорбенты, витамины, физиотерапия, озонотерапия, гелиотерапия.

Клінічна класифікація туберкульозу

A15-A16 Туберкульоз легень (ТБЛ) (із факультативним зазначенням форми ураження):

A15-A16 Первинний туберкульозний комплекс

A15-A16 Дисемінований туберкульоз легень

A15-A16 Вогнищевий туберкульоз легень

A15-A16 Інфільтративний туберкульоз легень

A15-A16 Казеозна пневмонія

A15-A16 Туберкульома легень

A15-A16 Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень

A15-A16 Циротичний туберкульоз легень

A15-A16 Туберкульоз легень, комбінований з пиловими професійними захворюваннями легень (коніотуберкульоз)

A15-18 Позалегеновий туберкульоз (ПТБ) (із зазначенням локалізації):

A15-A16 Туберкульоз бронхів, трахеї, гортані та інших верхніх дихальних шляхів

A15-A16 Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів

A15-A16 Туберкульозний плеврит (у т. ч. емпієма)

A17 Туберкульоз нервової системи і мозкових оболонок

A18.0 Туберкульоз кісток і суглобів

A18.1 Туберкульоз сечостатевої системи

A18.2 Туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів

A18.3 Туберкульоз кишок, очеревини та брижових лімфатичних вузлів

A18.4 Туберкульоз шкіри та підшкірної клітковини

A18.5 Туберкульоз ока

A18.6 Туберкульоз вуха

A18.7 Туберкульоз надниркових залоз

A18.8 Туберкульоз інших органів і систем (не зазначений вище)

A19 Міліарний туберкульоз (МТБ)

A18 Туберкульоз без визначеної локалізації

Основні антимікобактеріальні препарати (АМБП) та їх дози

Група А - найактивніші препарати: *ізоніазид і рифампіцин.*

Група В —препарати середньої активності: *етамбутол, піразинамід, стрептоміцин, протіонамід, етіонамід, циклосерин, канаміцин, флориміцин.*

Група С -препарати найменшої активності: *ПАСК натрію, тіоацетазон.*

АМБП та його скорочена назва	Добова доза (г) для дорослих з масою тіла 55 кг і більше при застосуванні:	
	щоденно	через день
I. Основні АМБП		
Рифампіцин (R)	0,6	0,6
Ізоніазид (H)	0,3-0,45	0,45-0,6
Піразинамід (Z)	1,5-2,0	2,0-2,5
Етамбутол (E)	1,2-1,6	1,6-2,0
Стрептоміцин (S)	1,0	1,0
II. Резервні АМБП		
Рифабутин (Rb), мікобутин (Mb)	0,15-0,45	0,3-0,6
Флуренізид (Fls)	0,6	0,6
Фтивазид (Fts)	1,0-1,5	1,5
Тіоацетазон (T)	0,15	0,15
Циклосерин (Cs)	0,5-0,75	0,75
ПАСК (Pas)	10,0-12,0	10,0-12,0
Протіонамід (Pt), етіонамід (Et)	0,5-0,75	0,75-1,0
Канаміцин (Kan), амікацин (Amc)	1,0	1,0
Капреоміцин (Cap)	1,0	1,0
Амоксиклав (Am), аугментин (Aug)	1,2	1,2
а) фторхінолони (Fl):		
Ципрофлоксацин (Cip)	1,0-1,25	1,5
Офлоксацин (Ofi), норфлоксацин (Nfi)	0,6-0,8	0,8-1,0
Ломефлоксацин (Lfi), лефлоксацин (Pfi)	0,6-0,8	0,8-1,0
б) макроліди (Ml):		
Кларитроміцин (Cla)	0,5-1,0	0,75-1,0
Азитроміцин (Azi)	0,25-0,5	0,5
Рокситроміцин (Rox)	0,3	0,3-0,45

Наслідки туберкульозу

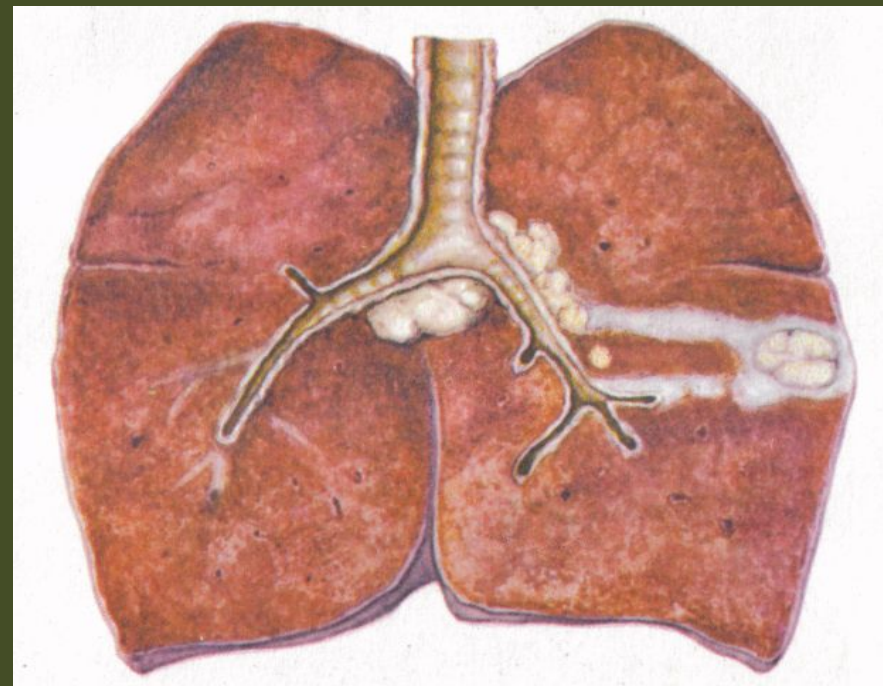
Залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу легень:

фіброзні, фіброзно-вогнищеві, бульозно-дистрофічні, кальцинати в легенях і лімфатичних вузлах, плевропневмосклероз, цироз, наслідки хірургічного втручання тощо



Мал. 5

Дисемінований туберкульоз легень



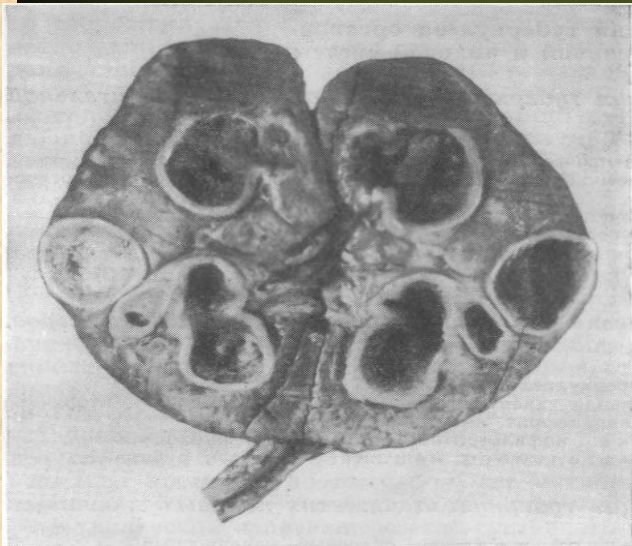
Мал. 6

Первинний туберкульоз з вираженим лімфангітом та лімфаденітом

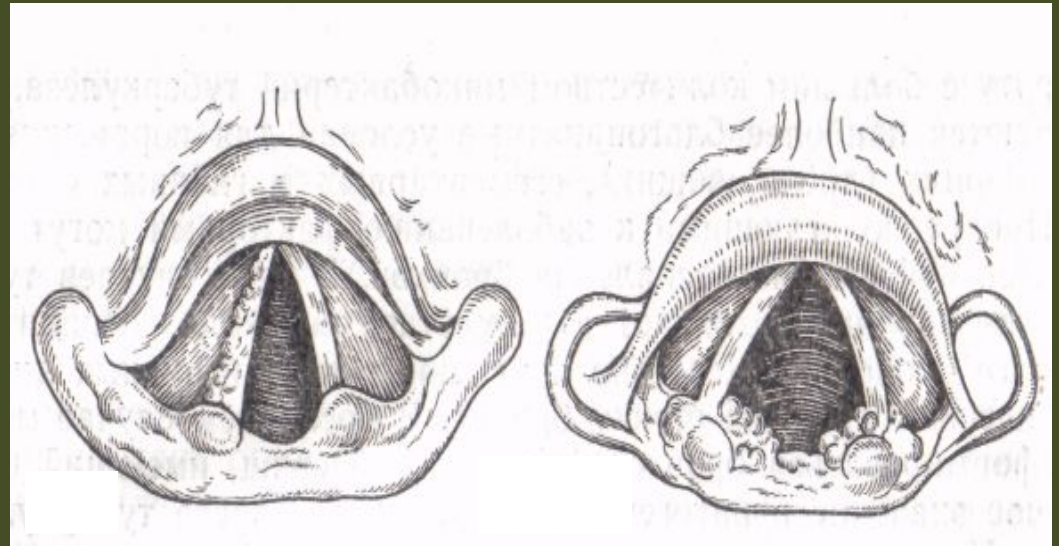
Наслідки туберкульозу

Залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу позалегенової локалізації:

рубцеві зміни в різних органах та їх наслідки, запнення, наслідки хірургічного втручання




Мал. 7
Туберкульоз нирки




Мал. 8
Туберкульоз гортані

Использованная литература:

1. Дерматовенерология. Под редакцией В.П. Федотова и др., Дн-ск, 2011, стр.652
2. Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов Г.С. Цераидис, В.П. Федотов, А.Д. Дюдюн, В.А. Туманский, Запорожье-Харьков, 2004, стр.536
3. Д.Е. Фитцпатрик, Д.Л. Элинг, 1999
4. Рук-во по кожным и вен. болезням под ред. Ю.К. Скрипкина (т.2,), 1995
5. Дерматологія. Венерологія. За ред. В.І. Степаненка, Київ, 2012, стр.846

- 
- 6. Дерматовенерология. Савчук В.В., Дудченко М.О. Полтава, 2011, стр.319
 - 7. В.Савчук, С.Галникіна Хвороби шкіри.ХПСШ, Тернопіль, 2001, стр.506
 - 8. Носатенко В.Е, Гуцу Н.В Цветной атлас кожных болезней. Харьков, 2002, стр.431
 - 9. П.П.Рыжко, Я.Ф.Кутасевич, В.М.Воронцов Атлас кожных и венерических болезней. Харьков, 2008, стр.206
 - 10. В.Г.Радионон Энциклопедический словарь дерматовенеролога. Луганск, 2009, стр.616
 - 11. Skin Disease. Diagnosis and Treatment. Thomas P.Habif. New York. 2005, s.662

- 
- 12.Dermatologie
E.G.Jung,I.Moll.Thieme,2003,s.506
 - 13.Diseases of the
skin.Andrews.London,2000,p.1135
 - 14.Dermatology A.B.Fleischer a.al.
New York,2000,p.303
 - 15.Запалення шкіри Бочаров В.А.та
ін.Запоріжжя,2011,стр.280

A low-angle photograph looking up into the canopy of a tree. The branches are dark brown and the leaves are a vibrant green. In the background, a waterfall is visible, its water blurred into a series of vertical streaks, suggesting motion. The overall scene is bright and natural.

Спасибо за внимание!