

Лекция № 9.

Лепра. Туберкулез КОЖИ

Лектор: зав. кафедрой
дерматовенерологии, дмн,
профессор Гафаров М.М.

- Лепра – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией Гансена, проявляется генерализованными поражениями мышечной ткани, нервной системы и кожных покровов.
- Это особо опасная инфекция.
- Эндемическая зона – страны Африки и Азии.

Лепра (проказа, болезнь Хансена)

- Эпидемиология:
- По данным ВОЗ на земном шаре ежегодно регистрируется от 500000 до 600000 новых случаев заболевания или 10 на 100000 тыс населения
- Наиболее активные зоны распространения: юго-восточная и средняя Азия, Африка, Латинская Америка
- В России- Астрахань, К-Колпакия, Дальний Восток.
- Социальные факторы в распространении лепры: уровень жизни, санитарно-гигиенические условия
- В 1931 была создана Международная ассоциация лепрологов, а в 1953г.-комитет экспертов ВОЗ по лепре
- Больные лепрой изолируются в специальные закрытые учреждения- лепрозории (Астрахань, Загорск)
- Генетическая детерминированность к возбудителю лепры имеют лица с маркерами гр. крови III, резус+ и I резус-

Этиология лепры

- Возбудитель был открыт в 1874 году норвежским ученым Г.А. Гансеном
- Микобактерия лепры (*M. leprae*) – облигатный внутриклеточный паразит, обычно имеет вид прямой или изогнутой палочки с закругленными концами, длина 1-7 мкм, диаметр 0,2-0,5 мкм
- Встречаются также фрагментированные и зернистые формы
- Размножаются поперечным делением на 2-3 дочерние клетки и оставаясь на месте образуют типичные скопления «сигареты в пачке»
- Спор не образуют, лишены жгутиков, грамположительные, кислото-спиртоустойчивые окраска по Цилю-Нильсену
- Инкубационный период от 3 до 7 лет и более
- Пути передачи плохо изучены, имеются сведения о воздушно-капельном пути и передачи через предметы обихода при тесном бытовом контакте, через поврежденную кожу.

Классификация лепры

- Полярный тип: лепроматозный и туберкулоидный
- Пограничный тип (переходный): туберкулоидный и лепроматозный
- Недифференцированная форма (неопределенный тип)

Клиническая картина

- Наиболее часто встречается полярный тип
- При лепроматозном типе (ЛТ): разнообразие клинических проявлений на коже (эритематозно-пигментные пятна с нечеткими контурами, инфильтраты, бляшки, узлы), раннее вовлечение в процесс слизистых оболочек и внутренних органов и более позднее вовлечение нервной системы. Пятно постепенно инфильтрируются увеличиваются в размере и в следствие диффузной инфильтрации резко выступают: надбровные дуги, нос деформируется, щеки и подбородок приобретают дольчатый вид – развивается facies leonina.

- В зоне инфильтрации кожа становится напряженной, блестящей, сглажен рисунок, пушковые волосы выпадают, напоминает вид апельсиновой корки. В поздней стадии потоотделение в пораженных участках прекращается, наступает парез сосудов, развивается гемосидероз, в зоне инфильтрации появляются бугорки и узлы (лепромы), размерами от нескольких мм до 2см. Постепенно лепромы изъязвляются, образуются медленно заживающие обширные язвенные дефекты. При распаде лепром нос деформируется. В зонах поражения исчезает температурная, тактильная и болевая чувствительность.

Клиническая картина

- При туберкулоидном(ТТ) типе: более легкое течение, лучше поддается лечению. Поражается в основном кожа(четко очерченные пятна и бляшки), причем очень рано периферические нервы, реже внутренние органы. М.fergae выявляются с трудом и только при гистологическом исследовании. Лепроминовая проба положительная.
- При других разновидностях лепры в той или иной мере выражены клинические признаки обоих полярных типов болезни
- После инфицирования и инкубационного периода наступает продромальные явления в виде общей слабости, невралгий и ревматоидных болей

Клиническая картина

- Кожные проявления при ЛТ:
- **Пятна:** эритематозные, эритематозно-пигментные, эритематозно-гипопигментные со временем приобретает бурый или желтоватый цвет. Расположены симметрично на лице, ягодицах, разгибательных поверхностях предплечий и голени, тыльных поверхностях кистей; небольших размеров, отсутствие четких контуров.
- **Инфильтрация** кожи сопровождается усилением функции сальных желез, кожа в этой области становится жирной, блестящей. Потоотделение снижается и может прекратиться. При давности процесса 3-5 лет начинается выпадение волос (брови, ресницы, пушковые волосы в области инфильтратов)
- **Бугорки и узлы (лепромы)** размером 1-2 мм до 2-3 см локализируются на лице, мочках ушей, кистях, предплечьях, голени. Безболезненные. Лепромы могут быть дермальными или гиподермальными. Придают сходство с мордой льва (facies leonina) Исход лепром: рассасывание, чаще изъязвление при отсутствии лечения с последующим образованием рубца. При поражении костей и стоп наблюдается разрушение суставов и мелких костей, даже полное их отпадение (mutilatio)

Клиника ЛТ

- Поражение нервной системы:
- Обычно поражаются n.ulnaris, n.auricularis magna, n.peroneus
- Нервные стволы становятся плотными, утолщаются в виде тяжей, в начале пальпация их болезненная в дальнейшем наступает анестезия
- Поражение ЦНС: гиперестезии, анестезии, поэтому больные теряют чувствительность и становится причиной термических ожогов
- При атрофии мышц лица нарушается мимика, при поражении мышц стопы- симптом конской стопы.
- Поражение внутренних органов: гортани-афония, печени-гепатит, слизистой носа- западение носа и др трофические расстройства (депигментации- витилиго подобные дерматозы)

Клиническая картина

- Кожные проявления при ТТ:
- Пятна обычно гипопигментные или слегка эритематозные с четким краем
- Бляшки, их поверхность может быть гладкой или неровной («шагреневая кожа»)
- Классическое проявление: эритематозная бляшка с резко очерченным валикообразно приподнятым краем и склонность к периферическому росту
- Располагаются ассиметрично на любом участке тела
- Характерно нарушение тактильной, температурной и болевой чувствительности в области высыпаний

Диагностика

- Анамнез: проживание в эндемичной зоне, контакт с больным лепрой
- Клинические данные: осмотр всего тела на наличие пятен, сыпи, трофических изменений, изменение чувствительности некоторых зон, неврологический статус
- Лепроминовая проба напоминает туберкулиновую
- Проба Минора: смазывают 2-5% р-ром йода, затем припудривают крахмалом для выявления отсутствия пототделения
- Функциональные пробы с никотиновой кислотой (при внутрикожном введении возникает гиперемическая реакция), горчицей (отсутствие гиперемии)
- Бактериоскопическое исследование
- Гистологическое исследование

Дифференциальный диагноз

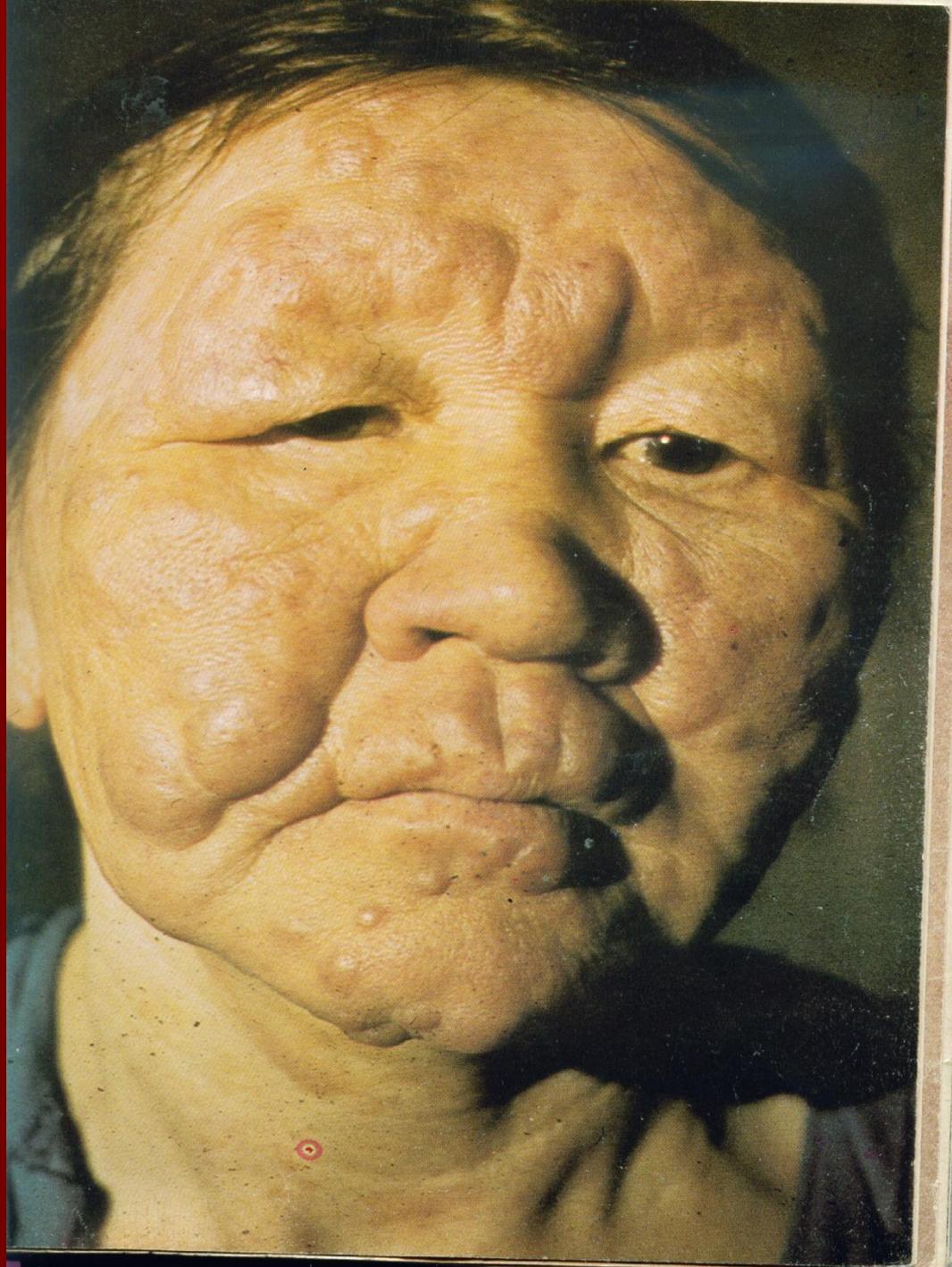
- Бугорковый сифилид
- Сифилитические гуммы
- Токсикодермия
- Красный плоский лишай
- Туберкулезная волчанка
- Саркоидоз
- Склеродермия и др

Лечение и профилактика

- Основные противолепрозные препараты:сульфонового ряда (ДДС вунтрь50-200мг, дапсон (масляная суспензия)- 1-2 раза в неделю,в/м, авлосульфон)
- Рифампицин
- Лампрен ежедневно по 100 мг внутрь
- Протионамид по 1 таб (0,25) по 1 3 раза в день
- Этионамид по 0,25 2-3 раза в день
- Фторхинолоны
- Макролиды
- Тетрациклины
- Иммуномодуляторы
- Курс лечения 6 месяцев
- Лечение проводится непрерывно-перемежающимся методом, комплексно 2-3 протволепрозными препаратами в сочетании со стимулирующими препаратами(метилурацил, пирогенал, гамма глобулин, гемотрансфузия, витамины). Необходимо чередовать лекарственные препараты и их сочетания через каждые 2 курса лечения
- Больные до конца жизни наблюдаются в центрах- лепрозориях

Профилактика

- Больной лепрой - единственный источник заболевания.
- Профилактические осмотры в эндемичных зонах
- Определение круга лиц, которым больной мог передать инфекцию, взятие членов семьи больного под диспансерное наблюдение. Превентивное лечение лиц имевших длительный контакт с больным. Продолжительность наблюдения от 3 до 10 лет
- Санитарно-просветительская работа среди больных, членов семей и здорового населения.







Туберкулез кожи.

Этиология

- Туберкулезные бациллы подразделяются на типы:
 - 1) человеческий тип *typus humanus*;
 - 2) животный тип *typus bovinus*;
 - 3) птичий тип *typus gallinaceus*;
- В возникновении туберкулеза кожи играют роль человеческий и животный типы.

Патогенез

Заражение происходит:

- Аэрогенно
- Через желудочно-кишечный тракт

Пути проникновения в кожу:

- гематогенный
- Лимфогенный
- диссеминация микобактерий туберкулеза по всему организму
- метастатический путь распространения.

Туберкулиновые пробы

- Реакция Пирке: на кожу сгибательной стороны предплечья наносят пипеткой капли разведенного (5-10-15%) туберкулин Коха, а на неск. см ниже – капли раствора (0,5%) карболовой кислоты в физ р-ре. Затем 4-3 капли наносят поверхностные линейные насечки тупым ланцетом. Насечками вскрываются только лимфатические пути. Через 6-8 мин туберкулин стирают ватой. Через 24-48ч, при положит. Р-ции образуется папула, окруженная зоной гиперимии. Положительная реакция Пирке говорит о том, что организм поражен туберкулезом.

Туберкулиновые пробы

- Реакция Манту: Туберкулин в разведении 1:10 000 вводят в/к 0,1мл. При положительной реакции через 12ч – воспалительная краснота и инфильтрация на месте инъекции, достигается наибольшей интенсивности через 48ч. Реакция Манту говорит о том, что организм поражен туберкулезом.

Клинические формы

■ Туберкулезная волчанка.

Поражается кожа лица (нос, щеки, верхняя губа, ушные раковины). Очаги единичные. Первичный элемент – бугорок (люпома) буровато-желтого цвета. Вокруг образуются аналогичные люпомы, расположенные очень близко. Через несколько недель образуется бляшка с фестончатыми краями, с возвышенным периферическим валиком и рубцующейся серединой с гладкой белой поверхностью. При надавливании на месте бугорков остаются желтовато-буроватые пятна (положительный симптом «яблочного желе»), что связано с наличием эпителиоидноклеточной инфильтрации. Надавливание тупым зондом на пораженную поверхность приводит к образованию стойкого западения из-за гибели коллагеновых волокон. Возможно изолированное поражение слизистой оболочки рта или носа, чаще на носовой перегородке. Часто развивается перфорация носовой перегородки.

Туберкулезная волчанка

Разновидности:

- Псориазиформная
- Тумидная или опухолевидная
- Изъязвленная

При длительном существовании очагов
возможны осложнения:

- Рецидивирующее рожистое воспаление
- Люпус-карцинома (разновидность плоскоклеточногорака).

Дифференциальный диагноз

- Бугорковый сифилид (не образуются бугорки на рубцах)
- Туберкулоидная лепра (отсутствует болевая и температурная чувствительность в очаге)
- Лейшманиоз(характерно формирование втянутых рубцов)

Колликвативный туберкулез (скрофулодерма)

- Результат гематогенного или лимфогенного распространения. Чаще у детей и юношей. Выделяют первичную (результат метастатического гематогенного попадания микобактерий в подкожную клетчатку) и вторичную скрофулодерму (результат попадания микобактерий в подкожные л/у, затем в кожу). Локализация – в области ключиц, грудины, на шее. Первичный элемент – узел в подкожной клетчатке, кожа над кот в начале не изменена, а затем приобретает красно-желтый цвет. в центре казеозный некроз. Узел размягчается и вскрывается. Отделяемое обильное, крошковато-гнойное. Язва с подрытыми краями, покрытая плотными желтовато-белыми казеозными массами. По периферии аналогичные высыпания, язвы слтваются, образуются мостиковидные рубцы.

Дифференциальный диагноз

- Инфильтративно-абсцедирующая скрофулодермоподобная пиодермия
- Актиномикоз
- Сифилитическая гумма(не имеет характерного цвета, имеет стержень язвы, рубец звездчатый, иная локализация)

Диссеминированные формы

- **Папуло-некротический туберкулез** встречается в детском и юношеском возрасте, течет годами. Обостряется в холодное время. папулы величиной с чечевицу покрываются корочками, кот отпадают. Исход – штампованные рубчики. Характерная локализация: разгибательные поверхности конечностей, ягодицы, лицо. Диф. Диагноз проводят с папуло-некротическим васкулитом (острое течение) и узелковой лимфомой.

Индуративный туберкулез (индуративная эритема Базена)

- Васкулит глубоких сосудов туберкулезной этиологии. Образуются плотные безболезненные узлы с захватом подкожной клетчатки и дермы. Кожа над ними красновато-синюшная. Между узлами прощупываются тяжи (эндо-, перифлебиты). Частая локализация – нижняя треть задней поверхности голеней. Диф. Диагноз проводят с хр. формой узловатой эритемы (узлы более яркие, болезненные, постозные, не изъязвляются), панникулитом, саркоидозом.

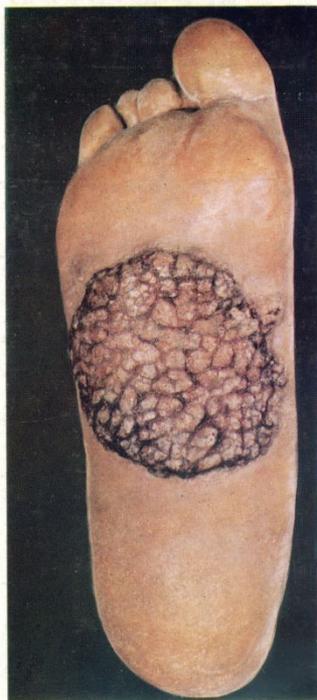
Лихиноидный туберкулез (лишай золотушных)

- Крайне редкая форма. Развивается у детей и подростков с активным туберкулезом внутренних органов. Плоские сливающиеся узелки. Локализация – туловище, грудь, конечности.

лечение

- Комбинированное лечение:
Изониазид+рифампицин,
фтивазид+рифампицин, длительность
лечения 9-12 мес. Далее ежегодно проводят
по 2 двухмесячных курса терапии в течение 5
лет.
- Лечебное питание – стол 11,
высококалорийное, богатое белками,
витаминами вит D₂, солями кальция питание с
ограничением поваренной соли.
- Витамины, препараты железа, гепато- и
ангиопротекторы, препараты, улучшающие
микроциркуляцию.

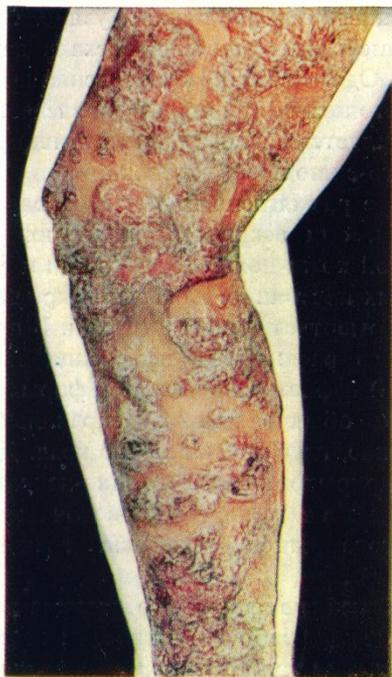
192. Туберкулез кожи волчаночный ▶
(с локализацией очагов поражения
на коже бедра).



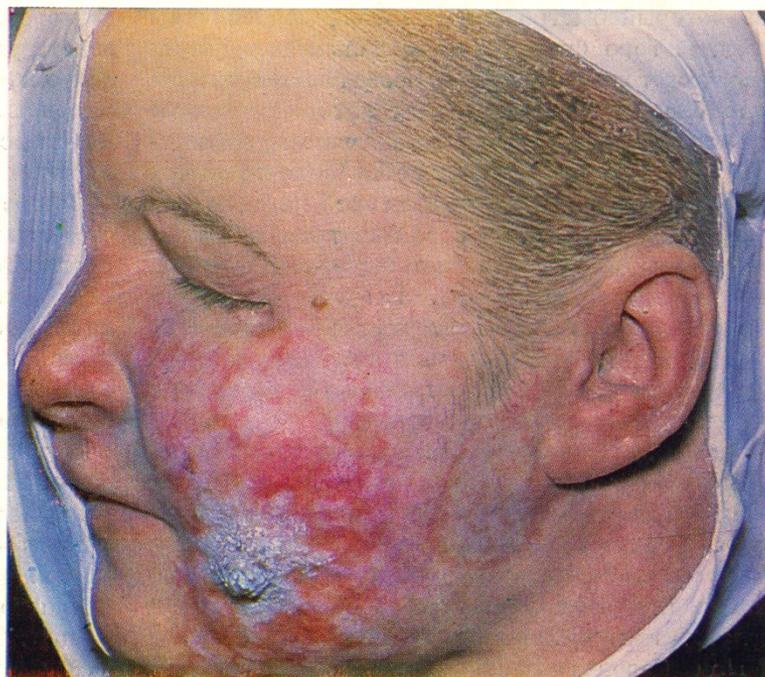
194. Туберкулез кожи волчаночный бо-
родавчатый.



193. Туберкулез кожи волчаночный опу-
холевидный.



199. Туберкулез кожи волчаноч-
ный серпигинирующий.



200. Lupus — carcinoma.



195. Туберкулез кожи волчаночный чешуйчатый.



196. Туберкулез кожи волчаночный язвенный.



197. Туберкулез кожи волчаночный мутилирующий.



198. Туберкулез кожи волчаночный импетигозный.

Благодарю за внимание!