

**Срс:**  
**Туберкулез КОЖИ.**  
**Локализованные формы**

Выполнила: Абликимкызы Г.  
505 Б О.М.

Проверила:

# Туберкулез кожи

**ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ** - группа заболеваний, обусловленных внедрением в кожу микобактерий туберкулеза. У больных туберкулезом кожи чаще обнаруживают микобактерий человеческого типа.



Туберкулез кожи (форма вульгарная)  
Мужчина 50 лет. Микобактерия человеческого типа.



## Чем это проявляется?

Туберкулез кожи считается обусловленным внутренними причинами, т.е вторичным. Это означает, что микробактерии попадают в кожные ткани из других пораженных органов лимфогематогенным путем. Экзогенное инфицирование встречается более редко, при этом кожные микробактерии заносятся через повреждения и микротравмы кожных покровов.

Разделяет формы проявления туберкулеза кожи: 1. очаговые заболевания (скрофулодерма, вульгарная волчанка, язвенный и бородавчатый туберкулез)

2. диссеминированные (индуративная эритема и папулонекротический туберкулез).



Обыкновенная, или туберкулезная волчанка (*Lupus vulgaris, tuberculosis cutis luposa*) встречается чаще в северных широтах и значительно реже на юге, где много солнца. Туберкулезная волчанка начинается в детском возрасте, как правило, среди школьников.

Первичный высыпной элемент, заложенный в толще собственно кожи, называется *Люпомой*. Это округлый бугорок величиной до чечевицы, слегка возвышающийся, полупрозрачный, желтовато-красного цвета. Поверхность его гладкая и блестящая или покрыта чешуйками, консистенция мягкая, тестоватая. При легком надавливании на люпому зондом образуется углубление, а при более энергичном - зонд проваливается в нее, вызывая боль и появление капельки крови (*Феномен Поспелова*). При диаскопии (надавливании предметным стеклом на кожу или красную кайму губ), когда кровь выдавливается из расширенных сосудов, люпома бледнеет и становится полупрозрачной, буровато-желтой, напоминая яблочное желе (*Симптом яблочного желе*). Люпомы могут существовать годами.



Вульгарной волчанке более всего подвержены конечности, ягодицы, область лица (щеки, нос, верхняя губа и ушные раковины). Заболевание, приобретает хронический, вялотекущий характер, усиливаясь в зимние и осенние периоды. Нередко вызывает осложнения в виде рожи и кожного рака.



Рис. 1. Туберкулезная волчанка



Рис. 2. Туберкулезная волчанка. Симптом "яблочного желе"

По расположению очагов Туберкулезная волчанка подразделяется:

- \* **Рассеянная Туберкулезная волчанка** (*Lupus vulgaris disseminatus* ), многочисленные изолированные люпомы или скопления их располагаются на коже беспорядочно на одном или нескольких участках.
- \* **Диффузную Туберкулезная волчанка** (*Lupus vulgaris diffusus* ) люпомы сливаются, образуя сплошной очаг различных размеров, округлой, овальной или неправильной формы, сохраняющий все свойства элементов, из которых он возник.
- \* **Серпигинозную Туберкулезная волчанка** (*Lupus vulgaris serpiginosus* ) поражение, рубцуясь в центральной части, растет по периферии за счет появления новых бугорков. Серпигинозная волчанка нередко образует фигуры в виде гирлянд.

По размерам люпом и их характеру подразделяется на:

- \* **Плоская Туберкулезная волчанка** (*Lupus vulgaris planus* ), когда бугорки или не возвышаются над уровнем нормальной кожи, или слегка выступают;
- \* **Шелушащаяся Туберкулезная волчанка** (*Lupus vulgaris exfoliatus* ), характеризующуюся обильным шелушением;
- \* **Возвышенная** (*Lupus vulgaris tumidus* ), или **Гипертрофическая Туберкулезная волчанка** (*Lupus vulgaris hypertrophic* ), когда бугорки принимают вид мягких выпуклых желто-бурого цвета образований;
- \* **Папилломатозную** (*Lupus vulgaris papillomatosus* ), при которой люпомы имеют вид папиллом или опухолей,
- \* **Веррукозная Туберкулезная волчанка** (*Lupus vulgaris verrucosus* ), когда люпомы вследствие большого разрастания и гиперкератоза принимают вид плотных бородавчатых образований.



Туберкулезную волчанку дифференцируют с третичным бугорковым сифилисом и красной волчанкой. При третичном сифилисе бугорки более плотные и не имеют желтоватого оттенка, характеризуются быстрым ростом и развитием с последующим образованием так называемых «мозаичных рубцов». При исследовании бугорков третичного сифилиса не проявляются феномены «зонда» и «яблочного желе», в то время как серологические реакции на сифилис (РВ, РИФ, РИБТ) дают положительные результаты. Кроме того, при патогенезе бугорки третичного сифилиса никогда не возникают на участках, пораженных ранее.





*Красная (эритематозная) волчанка*, в отличие от туберкулезной, является заболеванием взрослых и сопровождается образованием симметричных пятен ярко красного цвета, покрытых плотным слоем чешуек. Ухудшения и рецидив красной волчанки проявляются в весенне-летние периоды. На месте эритематозных пятен не наблюдается образование язвочек, а диаскопические исследования и надавливание пуговичным зондом не дают положительных результатов.



**Скрофулодерма** (колликвативный туберкулез кожи) развивается в большей степени в детском и подростковом возрасте. Распространяется в основном эндогенным путем, когда заболевание переходит с инфицированных лимфатических узлов на подкожную жировую клетчатку. Единичные или множественные узлы синюшно-красного цвета поражают подчелюстную область, шею, грудь и конечности. В процессе развития узлы размягчаются, оставляя на своем месте глубокие, хотя и безболезненные, язвы с нависающими краями. В глубине подкожной клетчатки проходят фистулезные ходы, соединяющие между собой очаги поражения. Скофулодерма характеризуется склонностью к хроническому течению и спонтанному излечению. После заживления язвы оставляют на своем месте «мостикообразные» рубцы неправильной формы.





# Скрофулодерма



**Бородавчатый туберкулез кожи** передается экзогенным путем. Зачастую это заболевание является следствием особенностей условий труда (особенно у патологоанатомов и рабочих боен). Отсюда берет свое название и сам очаг поражения - «трупный бугорок», который образуется, как правило, на пальцах или тыльной части кисти рук. Это гнойничковое образование синюшно-красного цвета не вызывает никаких болезненных ощущений или зуда. Очаги поражения окружены бородавчатыми образованиями и по мере излечения подвергаются рубцеванию.





\* От обычных бородавок **Бородавчатый туберкулез** **кожи** отличается наличием воспалительных явлений и рубцов, от бородавчатой разновидности волчанки - большей плотностью, отсутствием люпом, в частности на рубцах, *Феномена «Яблочного желе»*. Основным отличием от вегетирующего хронического пиодермита является отсутствие гнойно-воспалительного процесса при веррукозном туберкулезе, при котором доминирует гиперкератоз.

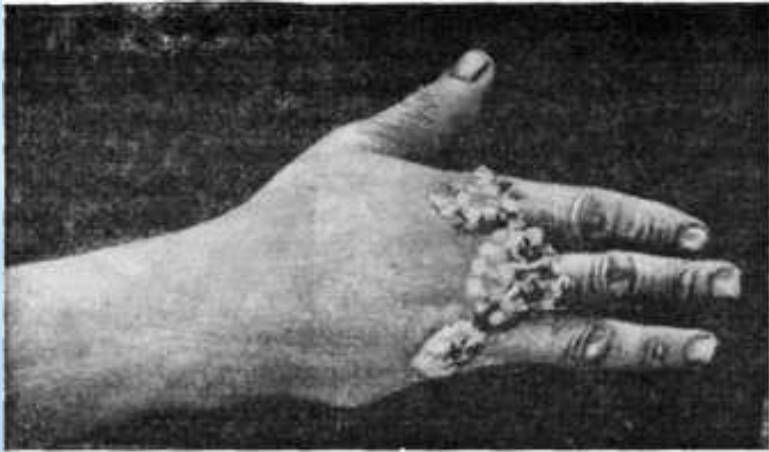


Рис. 56. Бородавчатый туберкулез кожи.



**Язвенный туберкулез** кожи поражает людей с иммунитетом, ослабленным активно развивающимся туберкулезом легких, кишечника или почек. Туберкулезные микробактерии, содержащиеся в моче, мокроте и каловых массах больного попадают на кожу путем аутоинокуляции. Естественные отверстия кожи и слизистых оболочек поражаются язвочками с нависающими краями, неровным дном и незначительным гнойным воспалением. Дно язв может быть покрыто корками. Субъективные ощущения отсутствуют.

Небольшие синюшно-красные узелки с омертвевшим струпом по центру являются главным симптомом папулонекротического туберкулеза. Данное заболевание встречается в основном в молодом возрасте и оставляет после себя «штампованные рубчики». Локализация - ягодицы и конечности. Течение заболевания характеризуется как рецидивирующее с отсутствием субъективных ощущений.



# Язвенный туберкулез кожи



# Диагностика и лечение туберкулеза кожи

Диагностика туберкулеза кожи включает в себя опрос больного о его условиях жизни, перенесенных заболеваниях и пр. (анамнез), туберкулиновые пробы с положительным результатом, выявление наличия туберкулезных бактерий в очагах поражения. При осложненных формах заболевания традиционно применяется патогистологическое исследование кожи, прививка экспериментальным животным и пробное лечение.

Лечение туберкулеза кожи очень схоже с лечением туберкулеза других органов. Применяются такие препараты как стрептомицин, фтивазид, витамин D<sub>2</sub>, ПАСК.

Эффективным средством при терапии туберкулезной волчанки и других форм туберкулеза кожи считается фтивазид – гидразид изоникотиновой кислоты. Фтивазид назначается по 0,5 г 2-4 раза в день. За курс лечения больной в общей сложности принимает 120–200 г препарата.





Если туберкулез кожи сопутствует туберкулезу других органов, показан антибиотик стрептомицин. Препарат вводят внутримышечно по 0,5–1 г в день, в два приема; на курс лечения приходится 60-100 г препарата.

Относительно редко применяется парааминосалициловая кислота (ПАСК). Препарат рекомендуется при скрофулодерме. Назначается внутрь через полчаса после еды по 2–3 г за раз, 3-4 раза в сутки (суточная доза 10–12 г). Курс лечения – от 2 до 3 месяцев.

Витамин D<sub>2</sub> (кальциферол) назначают при терапии волчанки, часто как дополнительное средство к стрептомицину или фтивазиду.

Чтобы предупредить рецидивы туберкулеза кожи, необходимо провести не один, а несколько курсов лечения с применением вышеупомянутых препаратов. Промежутки между курсами должны составлять 3 – 6 месяцев.

Как вспомогательная терапия при лечении туберкулеза кожи используется светолечение – солнечные ванны или под кварцевой лампой. Но светолечение противопоказано, если кожный туберкулез сочетается с висцеральным.

# \* Литература

- \* Б.А. Беренбейн «Диагностика кожных болезней» Руководство для врачей
- \* Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson; & Mitchell, Richard N. *Robbins Basic Pathology*. – 8th. – Saunders Elsevier, 2007. – P. 516-522. – [ISBN 978-1-4160-2973-1](#)
- \* ↑ Konstantinos, A (2010). «Testing for tuberculosis». *Australian Prescriber*, 33:12-18. <http://www.australianprescriber.com/magazine/33/1/12/18/>
- \* ↑ al.] edited by Peter G. Gibson ; section editors, Michael Abramson ... [et [Evidence-based respiratory medicine](#). – 1. publ.. – Oxford: Blackwell, 2005. – P. 321. – [ISBN 978-0-7279-1605-1](#)
- \* ↑ Jasmer RM, Nahid P, Hopewell PC (December 2002). «[Clinical practice. Latent tuberculosis infection](#)». *N. Engl. J. Med.* 347 (23): 1860-6. [DOI:10.1056/NEJMcп021045](#). [PMID 12466511](#).
- \* ↑ [Перейти к:](#)<sup>1 2</sup> [Tuberculosis](#). World Health Organization (2007). Проверено 12 ноября 2009. [Архивировано из первоисточника 24 августа 2011](#). Fact sheet N° 104.
- \* ↑ [Перейти к:](#)<sup>1 2</sup> *World Health Organization The Stop TB Strategy, case reports, treatment outcomes and estimates of TB burden // Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing*. – 2009. – P. 187-300. – [ISBN 978 92 4 156380 2](#)
- \* ↑ <http://medi.ru/doc/9590305.htm> Большой Целевой Журнал о туберкулезе "" № 3 1999 Основы. К проблеме вакцинации BCG