ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И. Прохоренкова

Зав. Кафедрой:

д.м.н.,проф. Карачева Юлия Викторовна

Реферат

Туберкулезная волчанка

Выполнила:

Ординатор 1 года обучения

Шостак Татьяна Евгеньевна

Проверила:

д.м.н.,проф. Карачева Юлия Викторовна

Красноярск 2019

Оглавление

Введение…….…..4

Этиология…….…4

Патогенез……..…5

Клинические проявления……6

Гистопатология……8

Дифференциальная диагностика ……...9

Лечение и профилактика……..…10

Список литературы……14

Введение

Туберкулез кожи встречается во всех странах. Поражения кожи, вызванные туберкулезными микобактериями, представляют собой группу заболеваний, различающихся по клиническим и морфологическим проявлениям и исходу. Туберкулез кожи следует рассматривать как одно из проявлений общей туберкулезной инфекции. У таких больных часто имеется туберкулезный лимфаденит (30–40% случаев) и туберкулез легких (25–32%), который почти всегда протекает доброкачественно и выражается у детей первичным комплексом, а у взрослых – фиброзноочаговыми изменениями. Довольно часто туберкулез кожи сочетается с туберкулезом костей. Туберкулез кожи чаще всего развивается в детском возрасте, преимущественно до 10 лет. Туберкулезная инфекция проникает в кожу различными путями. Экзогенный путь инфекции довольно редок; в этих случаях микобактерии туберкулеза попадают в поврежденную кожу или слизистую оболочку непосредственно от больного туберкулезом легких с мокротой. Некоторые формы туберкулеза кожи почти исключительно экзогенного происхождения, например бородавчатый туберкулез у ветеринаров и рабочих скотобоен. Чаще происходит заражение кожи «собственными» микобактериями туберкулеза, например поражение кожи или слизистой оболочки губы при активном туберкулезе легких и гортани, заднепроходной области при туберкулезе кишок и т. д.

Самым частым является эндогенный путь проникновения микобактерии туберкулеза в кожу из первичного очага в легких по кровеносной или лимфатической системам, например при туберкулезной волчанке. Нередко туберкулезная инфекция переходит на кожу с соседнего пораженного туберкулезом органа, например из лимфатических узлов, костей и др.

Этиология.

Микобактерия туберкулеза была обнаружена и описана Р. Кохом (1882). Микобактерия туберкулеза полиморфна, имеет бациллярную, нитевидную, зернистую, фильтрующуюся стадии развития. Она кислотоустойчива, грамположительна, не имеет капсулы и не образует спор. Известны человеческий *(humanus),* бычий *(bovinus)* и птичий *(uvium)* типы туберкулезных микобактерий. В очагах кожного туберкулеза наиболее часто обнаруживают микобактерии человеческого типа, реже - бычьего и крайне редко - птичьего.

Туберкулезные заболевания кожи развиваются, как правило, вторично у лиц, ранее переболевших или болеющих в настоящее время туберкулезом других органов. Первичное поражение кожи - туберкулезный шанкр - наблюдается крайне редко из-за барьерной функции кожи.

Патогенез.

Механизм развития туберкулезной инфекции сложен, так как кожа является неблагоприятной средой для жизнедеятельности аэробных микобактерий туберкулеза. В возникновении туберкулезного поражения патогенетическую роль играют иммунные и сосудистые нарушения, гормональные дисфункции, расстройство обмена, немаловажное мнсто отводят социальным (условия быта, питание, производственные вредности) и климатическим факторам. Развитию туберкулеза нередко предшествуют инфекционные заболевания, истощающие иммунные механизмы и сопровождающиеся сенсибилизацией. Особенно опасны в этом отношении корь, коклюш, грипп у детей.

Туберкулезные поражения возникают вследствие комплексного сложного сочетания массивности заражения, вирулентности возбудителя и иммунной реактивности организма, особенно его Т-клеточного звена. Вследствие комплексного сочетания нарушений различных физиологических функций кожи со снижением иммунитета и развитием сенсибилизации возникает туберкулез кожи. При этом, как правило, увеличиваются вирулентность и аллергизирующая способность возбудителя. Чем слабее неспецифический

иммунитет, тем активнее аллерги-зация (Ю.К. Скрипкин). Специфическая сенсибилизация усугубляется парааллергическими феноменами и неспецифическими аллергизирую-щими воздействиями.
Микобактерии туберкулеза попадают в кожу и на слизистую оболочку рта чаще всего гематогенным или лимфогенным путем из какого-либо туберкулезного очага во внутренних органах или *per continuitatem* с подлежащих органов и тканей, пораженных туберкулезом.
Многочисленные формы туберкулезных поражений кожи делят на локализованный (очаговый) и диссеминированнЬй туберкулез кожи. К наиболее часто встречающимся локализованным формам относят туберкулезную волчанку, скрофулодерму (колликвативный туберкулез кожи), бородавчатый и язвенный туберкулез кожи, индуративную эритему Базена. Группу диссеминированного туберкулеза кожи составляют милиар-ный туберкулез, лишай золотушных, папулонекротический туберкулез.

Туберкулезная волчанка - наиболее частая форма туберкулеза кожи с медленным прогрессирующим течением и наклонностью к расплавлению тканей. Заболевание обычно начинается в детстве и тянется годами или десятками лет, иногда всю жизнь. В последнее время участились случаи туберкулезной волчанки у взрослых. По данным литературы, 5-10% больных волчанкой страдают туберкулезом легких, 5-20% - туберкулезом костей и суставов. Заражение кожи происходит преимущественно гематогенным или лимфогенным путем. Процесс нередко начинается под влиянием травм; в этом случае происходит активизация латентной инфекции.

Клинические проявления.
Туберкулезная, или обыкновенная, волчанка локализуется чаще всего на лице, особенно на носу, щеках, верхней губе, на слизистых оболочках, реже на шее, туловище, конечностях.

Заболевание начинается с появления люпом, имеющих вид заложенных в дерме бугорков, размером от 1 до 5-7 мм, коричнево-красноватого цвета с различными оттенками желто-бурого тона, тестоватой консистенции, с гладкой, слегка блестящей поверхностью, которая впоследствии может шелушиться. Люпомы высыпают обычно группой, сначала располагаются изолированно, а затем сливаются; по их периферии всегда имеется застойно-гиперемированная зона. Мягкая тестоватая консистенция люпомы вследствие гибели эластической и соединительной ткани приводит к тому, что при надавливании пуговчатый зонд легко погружается в глубину ткани (признак Поспелова). Не менее важен для диагностики люпомы другой признак: при надавливании предметным стеклом (диаскопия) на волчаночный очаг из расширенных капилляров выдавливается кровь, пораженная ткань обескровливается и люпомы просвечивают в виде восковидных желто-бурых пятен. Этот буроватый цвет напоминает яблочное желе, в связи с чем признак получил название феномен «яблочного желе» (Гетчинсон).
Бугорки постепенно увеличиваются, сливаются, образуя неправильной формы бляшковидные и опухолевидные очаги (рис. 47). В результате деструкции инфильтрата образуются обширные язвы. В 4% случаев волчаночный туберкулез осложняется спиноцеллюлярной или базально-клеточной карциномой. При сухом разрешении волчаночного инфильтрата образуется рубцовая атрофия. Рубцы, появляющиеся на месте люпом, чаще всего плоские, нежные, белесоватые, по внешнему виду напоминающие папиросную бумагу. На местах рубцовой атрофии или на хорошо сформированных рубцах вновь могут появляться волчаноч-ные бугорки. Это патогномоничный признак волчанки.
В ряде случаев деструктивные язвенные изменения захватывают глубоко подлежащие ткани (хрящи, кости, суставы) с образованием фиброзных, келоидных рубцов и обезображиванием (мутиляцией) носа, ушных раковин, пальцев, век, конечностей *(lupus mutilans).* При разрушении носовой перегородки нос укорачивается и заостряется, напоминая птичий клюв;

возможны выворот век, сужение ротового отверстия, деформация ушных мочек и раковин. Все это значительно обезображивает больного. Туберкулезная волчанка нередко осложняется рожей при локализации процесса на коже носа, губы, нижних конечностях лимфангитами, пиогенным процессом *(lupus impetiginosus)* и, что особенно опасно, развитием кожного рака на фоне атрофических волчаночных рубцов *(lupus carcinoma).* Кожный рак возникает преимущественно на коже лица у длительно болеющих волчанкой.

Гистопатология.

В дерме выявляются бугорки, состоящие из эпителиоидных и гигантских клеток, окруженных зоной лимфоцитов. Гигантские клетки Лангханса располагаются в центральной части бугорка. В периферической зоне, кроме лимфоцитов, в большом количестве находятся и плазматические клетки. В бугорках не бывает казеозного некроза или он выражен очень слабо. Отмечается новообразование сосудов, а местами встречаются сосуды с изменением всех стенок вплоть до облитерации просветов. Туберкулезные микобактерии обнаруживают с трудом и в очень небольшом количестве. Иногда выявляется диффузный лимфоидный инфильтрат с гигантскими клетками; коллагеновая и эластическая ткань в области инфильтрата отсутствует. В эпидермисе вторичные изменения: гиперкератоз, акантоз и папилломатоз (при веррукозной форме волчанки). Эпидермис у краев волчаночных язв находится в состоянии значительного акантоза. В области рубцов иногда сохраняется волчаночный инфильтрат, что обусловливает рецидив люпом на рубцовой ткани.

Диагностика основывается на клинических симптомах болезни, свойствах люпом (симптомы «яблочного желе» и зонда), их локализации, на течении процесса и остающихся рубцах. Помимо гистологической структуры, помощь в диагностике туберкулеза оказывают кожные туберкулиновые

пробы. По принципу скарификационной реакции Пирке (1905) стали применяться внутрикожная проба Манту и накожная проба Моро. Реакция Пирке - нанесение на скарифицированный участок кожи сгибательной поверхности предплечья разведенного (1-5-10-15%) туберкулина. Внутрикожная туберкулиновая проба Манту осуществляется введением 0,1 мл разведенного туберкулина (1:10 000). Накожная проба Моро производится путем втирания в кожу 50% туберкулиновой мази на ланолине в течение 1 мин на участке 5 см^2. Помимо туберкулиновых проб, диагноз кожных форм туберкулеза подтверждается обнаружением микобактерий туберкулеза после посева фрагмента ткани патологического очага на питательные среды. Патологический материал вводят морским свинкам, обладающим высокой и специфической чувствительностью к возбудителю туберкулеза.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят с бугорковым сифилисом, туберкулоидной формой лепры, туберкулоидной формой кожного лейшманиоза, актиномикозом, дискоидной формой красной волчанки. При бугорковом сифилисе бугорки плотные, расположены в виде фокусов, без склонности к слиянию. Феномены Поспелова (проба с зондом) и «яблочного желе» при сифилисе отрицательные. В пользу сифилиса также говорят мозаичные (неровные и неравномерно пигментированные) рубцы после разрешения бугорков, относительная быстрота процесса (от нескольких недель до нескольких месяцев, а не годами), положительные серологические реакции (РИФ, РИБТ, РПГА). При туберкулоидной
форме лепры пораженный участок кожи болевой и температурной чувствительности, высыпания полиморфные (пятнистые, папулезные и бугорковые элементы), консистенция узелков и бугорков плотноватая, они имеют буровато-ржавый оттенок, трофические нарушения кожи имеют широкий диапазон. При микроскопическом исследовании тканевой жидкости

лепром находят палочку Ганзена. Для диагностики тубер-кулоидной формы кожного лейшманиоза большое значение имеют анамнез (пребывание больного в эндемической зоне). Бугорки располагаются вокруг рубца, образованного зажившей лейшманиомой, на открытых участках кожи, быстро изъязвляются с обильным гнойным отделяемым. Вокруг лейшманиомы возникают лимфангиты с четкооб-разными утолщениями. Можно обнаружить возбудитель. Бугорковые образования при актиномикозе встречаются нечасто, они очень плотные, склонны к слиянию и изъязвлению. Свищевые отверстия окружены плотным инфильтратом. В жидком гное имеются крошковатые включения желтоватого цвета - друзы актиномицетов. Некоторые формы туберкулезной волчанки (с шелушением и гиперкератозом при расположении в области носа и щек) могут напоминать дискоидную красную волчанку. Однако при красной волчанке нет люпом, цвет очагов поражения более яркий, присутствуют фолликулярный гиперкератоз и рубцовая атрофия в центре очагов. Симптомы зонда и «яблочного желе» отрицательные. В сомнительных случаях приходится прибегать к гистологическому исследованию.

Прогноз.

Туберкулезная волчанка - длительное заболевание. В одних случаях даже без лечения очаг поражения на протяжении многих лет может не проявлять тенденции к прогрессированию, в других процесс медленно распространяется и захватывает все новые участки кожного покрова. Этому способствуют интеркуррентные заболевания, неблагоприятные условия жизни и другие факторы, ослабляющие защитные силы организма и снижающие его реактивность.

Лечение и профилактика туберкулеза кожи

Любая форма туберкулезного поражения кожи представляет собой проявление общей туберкулезной инфекции, поэтому ведущая роль в комплексном лечении туберкулеза принадлежит специфическим

противотуберкулезным препаратам. По антибактериальной активности они делятся на три группы: 1-я группа - эффективные препараты (изо-ниазид, рифампицин, тиоацетазон); 2-я группа - препараты средней эффективности (стрептомицин, этамбутол, этионамид, максаквин, пиразинамид, канамицин, циклосерин, виомицин); 3-я группа - препараты умеренной эффективности (ПАСК, тибон). Механизм действия этих препаратов различен и связан с нарушением процессов обмена, ферментативной деятельности, роста и размножения микобактерий, поэтому действие одного препарата дополняется другим. Для достижения наилучшего терапевтического эффекта целесообразно назначение 2-3 препаратов. Результат лечения туберкулезных поражений кожи зависит не только от туберкулостатической активности препаратов, но и от состояния макроорганизма. Определенное значение в излечении больного туберкулезом кожи имеют иммунокорректо-ры, антигистаминные, гипосенсибилизирующие средства и витамины, бессолевая диета.

Изониазид (тубазид, ГИНК) обладает высокой бактериостатической активностью в отношении микобактерий туберкулеза. Препарат назначают внутрь по 10 мг/кг на 2 приема независимо от приема пищи (но не натощак). В начале лечения препарат принимают дробно по 0,3 г 2-3 раза в сутки, а затем переходят на однократный прием всей суточной дозы. Однократный прием более удобен и достаточно эффективен, так как максимальная концентрация в крови после приема внутрь сохраняется до 24 ч. Курс лечения 3-4 мес. Детям изониазид назначают из расчета 0,02-0,015 г/(кг/сут) в 2-3 приема в течение 3-4 нед.

Аналог изониазида метазид также назначают внутрь по 0,5 г 2 раза в день, курс лечения 3-4 мес. Изониазид и метазид более токсичны, чем фтивазид, который принимают по 0,5 г 2-3 раза в день, на курс лечения 40-60 г. Детям фтивазид назначают из расчета 0,02-0,04 г/(кг/сут) в 3 приема в течение 4-6 нед. Также применяют салюзид по 0,5 г 2-3 раза в день или его растворимую соль в виде 5% раствора (Saluzidum soluble) по 5-10 мл внутримышечно, курс

до 20 инъекций. Растворимый салюзид весьма удобен для промывания язвенных поражений, свищевых ходов, для подкожных и внутриочаговых введений при любой форме туберкулезного заболевания кожи.

Рифампицин - полусинтетический антибиотик, относится к числу активных противотуберкулезных и противолепрозных средств. Его назначают по 300 мг 2 раза в день за 30-60 мин до еды. Детям (старше 3 лет) дают из расчета 0,1-0,2 г/кг в 2 приема в сутки после еды. Препарат применяется в течение 1-2 мес у детей и до 3-4 мес у взрослых. Рифам-пицин противопоказан беременным, при заболевании печени, почек. Рифампицин (рифоцин) вводят по 0,25 г 2-3 раза в сутки внутримышечно, детям из расчета 10-30 мг/кг 1 раз в сутки.

Стрептомицина сульфат вводят взрослым внутримышечно по 0,5-1,0 г 1 раз в сутки в течение 2-3 мес. Дозы для детей зависят от их возраста: до 5 лет - по 0,01-0,02 г/(кг/сут), с 5 до 8 лет - по 0,15-0,25 г/(кг/сут) и с 8 до 14 лет - по 0,25-0,5 г/(кг/сут). На курс - 15-40 г препарата. Детям дополнительно назначают пантомицин (дигидрострептомицина панто-тенат), так как пантотеновая кислота уменьшает токсико-аллергические влияния стрептомицина. Стрептомицин более эффективен при туберкулезной волчанке, бородавчатом и язвенном туберкулезе кожи и противопоказан при повышенной чувствительности к нему, органических поражениях нервной системы, особенно вестибулярного аппарата, слухового нерва и остром нефрите.

Этамбутол дают внутрь по 20-25 мг/кг в один прием (после завтрака) при отсутствии противопоказаний со стороны органа зрения. Курс лечения 1-2 мес.

Витаминотерапия как неспецифический стимулятор широко используется в комплексном лечении всех форм туберкулеза кожи. Лучшей переносимости противотуберкулезных средств способствуют пантотенат кальция, рибофлавин, витамины А, Е и D_2 (эргокальциферол).

Для улучшения периферического кровообращения рекомендуется применение в течение 1-2 мес гливенола, эскузана или трентала. Противотуберкулезное лечение проводят на фоне бессолевой диеты и увеличенного содержания белка в рационе. В связи с тем, что ионы натрия и хлора увеличивают воспалительный потенциал тканей, снижение в рационе хлорида натрия не только оказывает противовоспалительное действие, но и служит профилактикой аллергических осложнений. Салюзид в виде 5% водного раствора вводят внутримышечно по 10 мл. Его также используют для промывания язвенных поражений и свищевых ходов.

Для наружного лечения очагов туберкулеза кожи применяют эктери-цид - препарат, полученный из рыбьего жира, оказывающий репаратив-ное и антибактериальное действие. При туберкулезной волчанке, бородавчатом туберкулезе отдельные очаги можно удалять хирургическим путем с использованием диатермокоагуляции или лазеротерапии. При скрофулодерме, папулонекротическом туберкулезе, язвенном туберкулезе используют 5-10% дерматоловую мазь, стрептомицин, рифампицин, фтивазид в 70% растворе димексида.

Список литературы

1. Скрипкин Ю. К., Бутов Ю. С., Иванов О. Л. Дерматовенерология. Национальное руководство //М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013.

2. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Волнухин В. А. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи //Инфекции, передаваемые половым путем. – 2016.

3. Соколовский Е.В. Кожные и венерические болезни : учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов. – СПБ.: Фолиант, 2008-520с.