

ФГБОУ ВО «КрасГМУ им.проф. В.Ф. Войно Ясенецкого»
МЗ РФ Кафедра туберкулеза с курсом ПО

Реферат
«Туберкулез кожи»

Выполнил: ординатор
специальности фтизиатрия
Кищук А.А
Проверил: кмн Омельчук
Данил Евгеньевич

Красноярск
2020

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ.....	3
ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА.....	5
ДИССЕМИНИРОВАННЫЕ ФОРМЫ.....	16
ЛИТЕРАТУРА	21

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Туберкулез кожи встречается во всех странах. Поражения кожи, вызванные туберкулезными микобактериями, представляют собой группу заболеваний, различающихся по клиническим и морфологическим проявлениям и исходу.

Этиология. Возбудитель туберкулеза — микобактерия — была обнаружена и описана Р. Кохом (1882). Микобактерия туберкулеза отличается полиморфизмом, имеет различные стадии развития: бациллярную, нитевидную, зернистую, фильтрующуюся. Она кислотоустойчива, грамположительна, не имеет капсулы и не образует спор. Известны три типа туберкулезных микобактерий: человеческий (тип. *humanus*), бычий (тип. *bovinus*) и птичий (тип. *avium*). В очагах кожного туберкулеза наиболее часто обнаруживают микобактерий 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 свойственной коже барьерной функции.

Патогенез. Механизм развития туберкулезной инфекции сложен, так как кожа является неблагоприятной средой для жизнедеятельности микобактерий туберкулеза. В возникновении туберкулезного поражения важное значение имеют гормональные дисфункции, состояние нервной системы, витаминный баланс, расстройство водного и минерального обмена и сосудистые нарушения. В патогенезе туберкулезных поражений кожи немаловажная роль принадлежит социальным (условия быта, характер питания, производственные вредности) и климатическим факторам. Кроме того, следует особо подчеркнуть значение уровня иммунологических и аллергических реакций организма. Известно, что нередко развитию туберкулеза предшествуют перенесенные инфекционные заболевания,

истощающие иммунные механизмы и сопровождающиеся сенсбилизацией. Особенно опасны в этом отношении у детей корь, коклюш, грипп. Поэтому туберкулезные поражения возникают вследствие комплексного сложного сочетания патогенетических факторов с иммунной недостаточностью и повышенной аллергизирующей активностью возбудителя. Лишь вследствие комплексного сочетания нарушения различных физиологических функций кожи в совокупности со снижением иммунитета и развитием сенсбилизации возникает туберкулез кожи. При этом, как правило, увеличиваются вирулентность и аллергизирующая способность возбудителя. Чем слабее неспецифический иммунитет, тем активнее аллергизация (Ю.К. Скрипкин). Специфическая сенсбилизация усугубляется парааллергическими феноменами и неспецифическими аллергизирующими воздействиями. Микобактерии туберкулеза попадают в кожу и на слизистую оболочку рта чаще всего гематогенным или лимфогенным путем из како-го-либо туберкулезного очага во внутренних органах или *per continuitatem* с подлежащих органов и тканей, пораженных туберкулезом.

Многочисленные формы туберкулезных поражений кожи делят на две группы — локализованный (очаговый) и диссеминированный 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 милиарный туберкулез, лишай золотушных, папулонекротический туберкулез.

ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

Туберкулезная волчанка, или люпоидный туберкулез кожи

Туберкулезная волчанка — наиболее частая форма туберкулеза кожи. Она характеризуется хроническим медленным прогрессирующим течением и склонностью к расплавлению тканей. Заболевание обычно начинается в детстве и тянется годами или десятками лет, иногда в течение всей жизни. В последнее время участились случаи возникновения туберкулезной волчанки у взрослых. Туберкулезная, или обыкновенная, волчанка локализуется чаще всего на лице, особенно на носу (80% случаев), щеках, верхней губе, реже на шее, туловище, конечностях, нередко на слизистых оболочках (почти 70% больных). 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. Заболевание начинается с появления люпом — бугорков размером от булавочной головки до горошины, коричнево-красноватого цвета с различными оттенками желто-бурого тона, мягкой, тестоватой консистенции, с гладкой, слегка блестящей поверхностью, которая затем шелушится. Люпомы высыпают обычно группой, вначале располагаются изолированно, а затем сливаются; по их периферии всегда имеется застойно-гиперемированная зона. Мягкая тестоватая консистенция люпомы вследствие гибели эластической и соединительной тканей приводит к тому, что при надавливании пуговчатым зондом он легко погружается в глубину ткани (признак Пospelова). Не менее важен для диагностики люпомы другой признак: при надавливании предметным стеклом (диаскопия) на волчаочный 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». Бугорки постепенно увеличиваются, сливаются, образуя неправильной формы бляшковидные и опухолевидные очаги. 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 волчаночные бугорки, что служит патогномичным для волчанки признаком. Существует несколько клинических форм туберкулезной волчанки, отличающихся особенностями внешнего вида бугорков, преобладанием некоторых стадий их развития и течением процесса. Описанная выше основная форма называется плоской волчанкой (*lupus planus*). Различают пятнистую плоскую волчанку (*lupus planus maculosus*) и бугорковую плоскую волчанку (*lupus planus tuberculosis*). При первой форме бляшки, образованные люпомами, не возвышаются над уровнем кожи, при второй — люпомы на поверхности бляшек располагаются рельефнее в виде бугристых ограниченных утолщений. *Lupus tumidus* — опухолевидные, мягкой консистенции образования, являющиеся конгломератом мелких слившихся бугорков. Локализуются на ушных раковинах и кончике носа. Отмечена их склонность к язвенному распаду. *Lupus vulgaris erythematoides* характеризуется резко гиперемизированными очагами и выраженным гиперкератозом. При *lupus squamosus* отмечается разрыхление рогового слоя и выраженное пластинчатое шелушение люпозных очагов. *Lupus hypertrophicus verrucosus* — массивные гиперкератотические папилломатозны разрастания на поверхности люпом в виде бородавчатых образований. *Lupus exulcerans* — обширные изъязвления очагов волчанки. Образуются поверхностные язвы с неровными фестончатыми краями,

мелкозернистым, вяло гранулирующим дном и небольшим количеством серозного отделяемого. Рубцевание язв происходит с образованием глубоких рубцов. Располагаясь на лице, они значительно деформируют внешний вид больного, чем и обусловлено название болезни. На местах рубцовой атрофии или на хорошо сформированных рубцах вновь могут появляться волчаночные бугорки, что служит патогномоничным признаком для туберкулезного процесса. В ряде случаев деструктивные язвенные изменения вовлекают в процесс глубоко подлежащие ткани (хрящи, кости, суставы) с образованием мутиляций, фиброзных, келоидных рубцов и обезображиванием носа, ушных раковин, пальцев, век, конечностей (*Itjrus mutilans*). При разрушении носовой перегородки хрящей носа он укорачивается и заостряется, напоминая птичий клюв; могут наблюдаться выворот век, сужение ротового отверстия, деформация ушных мочек и раковин. Все это в значительной степени обезображивает больного.

Tuberculosis luposa mucosae — поражение слизистых оболочек носа и полости рта, которое иногда бывает изолированным. В полости рта процесс чаще всего локализуется на слизистой оболочке десен и твердого неба: вначале образуются мелкие бугорки синюшно-красного цвета, величиной с просяное зерно, которое из-за тесной группировки придают пораженному участку своеобразный сернистый вид. Постоянное травмирование приводит к образованию изъязвлений. Язвы имеют неровные фестончатые границы, зернистое дно, легко кровоточат, покрыты желтоватым налетом; вокруг них имеются отдельные бугорки. Процесс существует в течение многих лет, прогрессирует очень медленно, сопровождаясь лимфаденитом и элевантиазом. Диагностика облегчается при одновременном наличии проявлений на коже. При поражении слизистых оболочек носа образуется мягкий, бугристый инфильтрат синюшного цвета, распадающийся с образованием легкокровоточащей язвы. Вследствие разрушения хряща образуется перфоративное отверстие. Нередко поражению кожных покровов лица при волчанке предшествуют проявления на слизистой оболочке носа.

Описаны также пситриазиформная волчанка (*lupus vulgaris pityriasiformis*), при которой отмечается легкое шелушение вследствие расстройства процесса ороговения, псориазиформная волчанка (*lupus vulgaris psoriasiformis*), когда чешуйки приобретают серебристо-блестящий оттенок, серпигинозная форма (*lupus vulgaris serpiginosus*), когда люпомы, разрешаясь в центре с образованием рубцовой атрофии, появляются по периферии и на месте старых рубцов. При этом очаги поражения принимают различные очертания. Существуют и другие разновидности (*lupus vulgaris exfoliativus, rupioides, crustosus*). » Туберкулезная волчанка нередко осложняется рожей при локализации процесса на коже, носа, губы, нижних конечностях), лимфангитами, пиогенным процессом (*lupus impetiginosus*) и, что особенно опасно, развитием на фоне атрофических волчаночных рубцов кожного рака (*lupus — carcinoma*). Кожный рак возникает преимущественно на коже лица у длительно болеющих волчанкой.

Гистопатология. В дерме образуются 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 их 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 изменения вторичного характера: 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 обуславливает рецидив люпом на рубцовой ткани.

Диагноз. Основывается на клинических симптомах болезни, характерных свойствах люпом (симптомы «яблочного желе», зонда), их локализации, на течении процесса и характере остающихся рубцов. Дифференциальную диагностику проводят с бугорковым сифилисом, туберкулоидной формой лепры, туберкулоидной формой кожного лейшманиоза, актиномикозом, дискоидной формой красной волчанки. При бугорковом сифилисе отмечаются плотность бугорков, фокусность их расположения, отсутствие склонности к слиянию, отрицательные результаты при проведении диаскопии и пробы с зондом, образование мозаичного (неровного по рельефу и неравномерно пигментированного) рубца после разрешения бугорков, на котором никогда не, возникают новые бугорки, относительная быстрота течения процесса (от нескольких недель до нескольких месяцев, а не годами), положительные серологические реакции в ряде случаев (РИФ и РИБТ, РПГА). Туберкулоидная форма лепры характеризуется отсутствием на пораженном участке кожи болевой и температурной чувствительности, полиморфностью высыпаний (пятнистые, папулезные и бугорковые элементы), плотноватой консистенцией узелков и бугорков, буровато-ржавым оттенком, широким диапазоном трофических нарушений кожи, нахождением палочки Ганзена при микроскопическом исследовании тканевой жидкости лепром. Для диагностики туберкулоидной формы кожного лейшманиоза большое значение имеют анамнез (пребывание больного в эндемичной зоне), расположение бугорков вокруг рубца, образованного зажившей лейшманиомой, локализации бугорков на открытых участках кожи, их быстрое изъязвление с обильным гнойным отделяемым, образование вокруг лейшманиомы лимфангитов с четкообразными утолщениями и, наконец, обнаружение возбудителя. Бугорковые образования при актиномикозе встречаются не часто и характеризуются значительной плотностью, склонностью 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. В таких случаях иногда приходится прибегать к гистологическому исследованию. Последняя отличается отсутствием люпом, более яркой окраской очагов поражения, наличием фолликулярного гиперкератоза и рубцовой атрофии в центре очагов. Симптомы зонда и яблочного желе отрицательные.

Прогноз. Характерна длительность течения процесса. В одних случаях даже без лечения очаг поражения на протяжении многих лет может не проявлять тенденции к прогрессированию, в других — отмечается медленное распространение патологического процесса, который захватывает все новые участки кожного покрова. Последнему способствуют интеркуррентные заболевания, неблагоприятные условия жизни и другие факторы, ослабляющие защитные силы организма и снижающие его реактивность.

Скрофулодерма, или колликвативный туберкулез кожи

Довольно частая форма туберкулеза кожи, регистрируемая почти исключительно в детском и юношеском возрасте. Различают первичную скрофулодерму, при которой поражение кожи возникает на любом участке кожного покрова вследствие гематогенного заноса туберкулезных микобактерий в кожу (чаще это одиночное поражение), и вторичную скрофулодерму (значительно чаще), при которой отмечается переход инфекции *per continuitatem* с пораженных туберкулезом лимфатических узлов, реже костей, суставов. Заболевание проявляется глубокими, расположенными в глубине кожи или в подкожной жировой клетчатке плотноватыми, овальной формы, безболезненными или слегка болезненными фиолетово-красными узлами, которые в дальнейшем размягчаются, спаиваются между собой в виде бугристых мягких конгломератов. Они

расплавляются и абсцедируют с образованием фистул и язв. Язвы поверхностные, неправильной формы, с гладкими, мягкими, синюшными, подрытыми краями, покрыты грануляциями и жидким, крошащимся творожистым распадом. При заживлении их образуются типичные втянутые неровные, мостовидные с перемычками и ворсинками обезображивающие рубцы. Предпочтительная локализация поражений на боковых поверхностях шеи, в подчелюстных и надчелюстных областях, около ушных раковин, в надключичной и подключичной областях, в мышечных впадинах и около суставов. Отмечают нередкое сочетание скрофулодермы с туберкулезным поражением костей, суставов, глаз, легких и другими формами поражений кожи (волчанка, бородавчатый туберкулез, лишай золотушных).

Диагноз. Основывается на клинической симптоматике, результатах реакции Пирке (она резко положительна у детей старшего возраста при доброкачественном течении процесса и дает разноречивые результаты у детей младшего возраста). Учитывают данные анамнеза, результаты клинико-рентгенологического и гистологического исследований.

Дифференциальную диагностику проводят в основном с сифилитическими гуммами, гуммно-узловой формой актиномикоза, хронической язвенной пиодермией и уплотненной эритемой Базена. Сифилитические гуммы подвергаются только центральному распаду, образуют кратерообразные язвы, окруженные валом плотного инфильтрата, нередко сопровождаются положительными серологическими реакциями и разрешаются при пробном лечении бийохинолом. Рубцы после гумм отличаются звездчатостью.

Положительные серологические реакции РИФ и РИБТ являются подтверждением специфического процесса. Гуммно-узловая форма актиномикоза с локализацией на шее или в подчелюстной области характеризуется образованием крупных узлов полушаровидной формы, довольно плотной консистенции. После их слияния определяется инфильтрат деревянистой плотности, в центре которого образуются зоны размягчения со свищевыми отверстиями. Из них выделяется жидкий гной с крошковатыми

желтоватыми включениями (друзы). Хроническая язвенная пиодермия, как правило, бывает у взрослых и

характеризуется полиморфизмом поверхностных и глубоких пиодермитов без тенденции расположения у лимфатических узлов и наличием воспалительной реакции в окружности язвы. Уплотненную эритему Базена приходится дифференцировать с первичной скрофулодермой при локализации ее на голенях. Эритема Базена располагается симметрично, без образования возвышающихся узлов (имеется плоская диффузная инфильтрация), отличается меньшей склонностью к изъязвлению, более часто возникает у девушек в период полового созревания.

Прогноз. Заболевание хроническое, длится месяцами и годами с ремиссиями. Легкие случаи успешно излечиваются современными методами. В случаях далеко зашедшего язвенного процесса прогноз менее благоприятен.

Бородавчатый туберкулез кожи

Заболевание наблюдается большей частью у взрослых; мужчины болеют значительно чаще. В основном заболевают лица, которые в соответствии с характером профессии непосредственно соприкасаются с туберкулезным материалом от трупов людей и животных (ветеринары, патологоанатомы, мясники, работники боен и т.д.) или обслуживают людей, страдающих активными формами туберкулеза (обслуживающий медицинский персонал). В этих случаях заболевание возникает в результате суперинфекции. У отдельных больных, страдающих открытым туберкулезом легких, кишечника и т.п., бородавчатый туберкулез возникает в результате аутоинокуляции. Поражение обычно локализуется на тыле кистей и пальцев рук, реже на стопах и начинается с образования плотного, величиной с крупную горошину, синюшно-красного цвета бугорка (трупный бугорок). Разрастаясь, он превращается в плоскую плотную бляшку, на поверхности

которой появляются бородавчатые разрастания и массивные роговые наслоения. В развитом состоянии очаг бородавчатого туберкулеза кожи имеет три зоны: периферическую (фиолетово-красная каемка), среднюю (бородавчатые плотные возвышения, трещины, корки) и центральную (атрофический участок кожи с неровным, бугристым дном). При разрешении очаги рубцуются. В процесс нередко вовлекаются регионарные лимфатические сосуды и узлы. При надавливании на бородавчатые разрастания с боков из трещины появляются капельки гноя, выделяющиеся из подэпидермальных микроабсцессов. По периферии основного очага могут образовываться новые узелки и бляшки, которые постепенно сливаются между собой. После разрешения процесса на месте бывших очагов поражения остается рубцовая атрофия; на этих участках в отличие от волчанки новых элементов не образуется. Общее состояние больных обычно вполне удовлетворительное. Туберкулиновые реакции положительные у 80—96,3% больных. У детей бородавчатый туберкулез возникает чаще в результате аутоинокуляции на месте травмы. В этих случаях возможно нарушение общего состояния с появлением лимфангитов и лимфаденита. В период регресса очаги рубцуются, но по периферии основного очага могут образовываться новые бугорки. На месте бывших очагов остаются атрофические рубцы.

Диагноз. Устанавливают, основываясь на клинической картине (фиолетово-красная каемка по периферии очага, наличие трех зон), локализации процесса, данных гистологического исследования, положительных результатах туберкулиновых проб и результатах прививки ткани морским свинкам. Вульгарные бородавки не имеют воспалительных изменений. Вегетирующая пиодермия, наоборот, протекает с выраженным воспалением, обильным гнойным отделяемым, образующимся при сдавливании бляшки с краев. Бластомикоз, хромомикоз, споротрихоз характеризуются наличием мягкого, сочного инфильтрата и своеобразного отделяемого. Диагноз этих хронических микозов подтверждается

результатами бактериоскопии и гистологического исследования.

Спиноцеллюлярный рак располагается асимметрично в области естественных отверстий и быстро подвергается язвенному распаду.

Лечение. Кроме терапии, применяемой при туберкулезных поражениях кожи, производят выскабливание острой ложечкой, диатермокоагуляцию, рентгенорадиотерапию.

Прогноз. Чаще благоприятный, хотя течение болезни длительное, хроническое.

Язвенный туберкулез кожи и слизистых оболочек

Син.: мириарный язвенный туберкулез кожи (слизистых оболочек), вторичная туберкулезная язва, *tuberculosis cutis orificialis*. Это редкая форма туберкулеза кожи, наблюдаемая у больных с активным туберкулезом внутренних органов (легких, гортани, кишечника, почек), обусловлена аутоинокуляцией. Заболевание чаще всего локализуется у естественных отверстий, в месте перехода кожи в слизистые оболочки — в области рта, носа, ануса, головки полового члена. У этих больных микобактерии туберкулеза выделяются с мокротой, мочой и инокулируются в кожу или слизистые оболочки. Появление мелких (величиной с булавочную головку) желтоватокрасных узелков обычно просматривают, так как они быстро превращаются в пустулы, которые вскрываются и сливаются, образуя мелкие язвочки или язвы с фестончатыми, мягкими, слегка подрытыми краями бледно-красного цвета и неровным зернистым дном, имеющим вялые серые грануляции, часто кровоточащие, покрытые скудным серозно-гнойным налетом. На дне и вокруг язв вновь образуются казеозно перерожденные желтого цвета туберкулезные бугорки (зерна Трела), за счет которых происходят углубление серпигинизирующее распространение очагов поражения. Язвы характеризуются резкой болезненностью, что затрудняет прием пищи (при локализации процесса в полости рта) и дефекацию (при

локализации в области ануса). При бактериоскопическом анализе обнаруживают большое количество микобактерий. Из-за резкого истощения иммуногенеза и состояния анергии туберкулиновые реакции у этих больных обычно отрицательны.

Диагноз. Основывается на клинической картине, наличии активного туберкулеза внутренних органов, зерен Трела, резкой болезненности, обнаружении микобактерий и бактериоскопическом исследовании. При дифференциальной диагностике с язвенными сифилидами вторичного периода сифилиса учитывают плотную консистенцию их краев и дна, нахождение бледных трепонем в отделяемом, другие клинические симптомы вторичного периода и положительный результат серологических реакций крови РИФ, РИБТ, РПГА. Бугорки третичного периода сифилиса образуют язвы правильной округлой формы с плотными валикообразными краями, отличающиеся отсутствием болезненности. При изъязвленной форме туберкулезной волчанки по периферии язвенных поверхностей имеются характерные люпомы, дающие феномены зонда и яблочного желе. Учитываются положительный результат туберкулиновых проб, общее хорошее самочувствие. Язвы мягкого шанкра протекают с острыми воспалительными явлениями, обильным гнойным отделяемым, возникновением отсевов по периферии язв, нередким наличием мягкошанкерного бубона. При лабораторном исследовании находят стрептобациллы Дюкрея-Унны-Петерсена. Эпителиомы отличаются уплотненными краями язв, наличием перламутрово-серых «жемчужин» по периферии язвенного дефекта, дискообразной твердостью лимфатических узлов. Обнаружение атипичных клеток в соскобе с поверхности поражения является объективным доказательством новообразования.

Прогноз. Зависит от течения туберкулеза внутренних органов. В настоящее время в связи с успехами в терапии общего туберкулеза улучшился прогноз язвенного туберкулеза кожи и слизистых оболочек, а также резко сократилась его регистрация.

ДИССЕМИНИРОВАННЫЕ ФОРМЫ

Лихеноидный туберкулез — лишай золотушных

Заболевание нередко возникает у ослабленных детей, с соответствующим конституциональным предрасположением, страдающих активным туберкулезом легких, лимфатических узлов или костно-суставного аппарата. Лишай золотушных может возникнуть при активном лечении туберкулезной волчанки за счет диссеминации продуктов распада бактерий. Кожные проявления состоят из рассеянных или сгруппированных фолликулярных, мелких (размером с овсяное зерно), плоских или конусовидных, безболезненных папулезных, папулопустулезных или акнеподобных узелков серовато-красноватого цвета или чаще, цвета нормальной кожи. На поверхности узелков могут быть мелкие чешуйки, роговые шипы. Тесно скученные фолликулярные узелки могут напоминать себорейную экзему (*eczema scrofulosorum*). Высыпания располагаются преимущественно симметрично на боковых поверхностях туловища, ягодицах, лице, изредка на слизистой оболочке губ. Они спонтанно исчезают, однако через некоторое время снова рецидивируют. Субъективные ощущения, как правило, отсутствуют. После лечения туберкулеза внутренних органов рецидивы на коже не наступают. На месте разрешившихся папул остается небольшая пигментация, значительно реже — мелкие точечные рубчики. Реакция Пирке положительная. В последние годы лишай золотушных встречается очень редко.

Диагноз. Диагностика основывается на наличии очагов органного туберкулеза и положительной накожной туберкулиновой реакции методом Моро у 100% больных. Дифференциальный диагноз проводится с сифилитическим лишаем (*Lichen syphiliticus*), при котором элементы сыпи сочетаются с другими проявлениями сифилитической инфекции и сопровождаются положительными серологическими реакциями РИФ, РИТ,

РВ, РПГА. При остроконечной форме красного плоского лишая цвет папул малиново-красный, некоторые папулы имеют характерные полигональные очертания с центральным западением, сыпь сопровождается зудом.

Папулонекротический туберкулез кожи

Папулонекротический туберкулез развивается обычно в детском или юношеском возрасте, локализуясь на разгибательных поверхностях конечностей, туловище и лице. Основными морфологическими проявлениями служат многочисленные, более или менее скученные, плотные, буровато-фиолетового цвета узелки размером с конопляное зерно. В центре их образуются гноевидные некротические корочки. В дальнейшем на месте узелков остаются мелкие, поверхностные округлые язвочки, после заживления которых остаются штампованные рубчики, окаймленные фиолетовым ободком. Эволюция отдельных очагов и их рубцевание длится 4—8 нед. Высыпания появляются приступообразно, поэтому можно найти элементы, находящиеся в разных стадиях развития. Заболевание протекает с рецидивами обычно ранней весной и зимой, летом не проявляется. Папулонекротический туберкулез нередко сочетается с туберкулезом лимфатических узлов, туберкулезом легких, костей, индуративной эритемой. Туберкулиновые пробы, как правило, положительны. Различают несколько разновидностей папулонекротического туберкулеза: 1) акнит (*acnitis*) — папулезную форму, возникающую у школьников в препубертатном и пубертатном периодах и внешне напоминающую вульгарные угри. Элементы сыпи появляются симметрично на лице, реже на коже груди и разгибательных поверхностях верхних конечностей, оставляют после, изъязвления глубокие рубцы; 2) *folliclis* — более глубокую пустулезную разновидность, проявляющуюся фолликулярными поражениями на коже туловища и нижних конечностей у подростков и юношей; 3) *asne cachecticozum* — панулопустулы с характерными кратероформными язвами и

оспенноподобными рубцами. При данной разновидности туберкулиновые пробы отрицательны, что зависит от низкой иммунологической реактивности организма этих больных. Элементы сыпи располагаются преимущественно на коже предплечий, бедер, голеней, ягодиц и несколько реже на коже лица, туловища и также разрешаются с формированием штампованных рубчиков. У ослабленных, астенизированных больных возможно появление более крупных уплотненных элементов, представляющих папулонекротический туберкулез, трансформирующийся в уплотненную эритему Базена. В этих случаях некротизация и изъязвление менее выражены. Локализуется процесс чаще в области голеней. Заболевание протекает с рецидивами обычно ранней весной и зимой, летом не появляется. Папулонекротический туберкулез нередко сочетается с туберкулезом лимфатических узлов, туберкулезом легких, костей. Туберкулиновые пробы положительные.

Диагноз. Диагностике способствуют наличие характерных штампованных рубчиков, локализация элементов, результаты туберкулиновых проб и гистологических исследований. При дифференциальной диагностике с масляными угрями следует помнить, что последние возникают у лиц, имеющих производственный контакт с маслами и эмульсиями. Эти угри локализуются преимущественно на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей и проявляются островоспалительными фолликулитами или остиофолликулитами в сочетании с большим количеством комедонов. Милиарный туберкулез или милиарная диссеминированная волчанка лица (*tuberculosis luposa miliaris cutis seu Lupus miliaris disseminatus faciei*).

Клиническая картина. Заболевание проявляется высыпанием на коже лица отдельно расположенных бугорков, не сливающихся, размером с мелкую горошину, чечевицу. Консистенция их тестоватая и, подобно туберкулезной волчанке, бугоркам свойственен положительный, феномен зонда. При диаскопии также выявляется симптом яблочного желе. Отличаются бугорки от туберкулезной волчанки наличием центрального

очага некроза, напоминающего пустулу, и характером течения. Они быстро разрешаются, оставляя легкую пигментацию или едва заметные поверхностные атрофические рубчики. Болеют чаще женщины молодого возраста.

Диагноз. Диагностика основывается на клинической характеристике высыпаний, наличии казеозного некроза и гистопатологической структуры бугорка. Дифференцируют процесс от розацеа, папулезных сифилидов и проявлений папулонекротического туберкулеза. Миллиарные папулезные сифилиды имеют выраженную плотность, сочетаются с другими специфическими симптомами и положительными данными серологических реакций. Папулонекротический туберкулез кожи возникает в более раннем возрасте у детей и подростков. Высыпания папулонекротического туберкулеза не столь множественны, более плотные не образуют феномен зонда и симптом яблочного желе.

Индуративная (уплотненная) эритема базена

Заболевают обычно женщины 16—40 лет, чаще в молодом возрасте, нередко страдающие одной из форм туберкулеза (туберкулез легких, лимфатических узлов, скрофулодерма, папулонекротический туберкулез). Проявлению заболевания способствуют сопутствующие расстройства кровообращения (акроцианоз, варикозное расширение вен), частое охлаждение нижних конечностей, работа, связанная с длительным пребыванием на ногах. Осенью и зимой возможны рецидивы заболевания. Индуративная эритема клинически проявляется плотными, глубоко расположенными, медленно увеличивающимися узлами или плоскими обширными инфильтратами синюшно-красного цвета, размером от лесного ореха до томата. Узлы (от 2—4 до 10 и более) залегают глубоко в коже и подкожной клетчатке; пальпация их слегка болезненна. Они располагают, как правило, симметрично, преимущественно на голених, реже на бедрах,

ягодицах, верхних конечностях. Изредка поражена слизистая оболочка рта и носоглотки. Достигнув максимума развития (через несколько недель или месяцев), узлы начинают регрессировать, оставляя после себя кольцевидную атрофию и пигментацию. В части случаев очаги при слиянии подвергаются центральному расплавлению с образованием безболезненных фистулезных изъязвлений с подрытыми краями, покрытыми грязно-серыми грануляциями (язвенная форма индуративной эритемы описана Гетчинсоном и называется гетчинсоновской формой). После заживления язв остаются западающие пигментированные рубцы. Без лечения заболевание длится месяцами и даже годами, рецидивируя в холодное время года. Узлы могут осложняться лимфангитами, локализующимися радиарно по ходу сосудов. Индуративный туберкулез кожи развивается как гиперергическая форма воспаления при хорошо выраженном иммунитете, поэтому туберкулиновые тесты положительны приблизительно у 60—70% больных.

Диагноз. Устанавливают с учетом клинико-гистологических данных. Наибольшие трудности представляет дифференциальный диагноз с узловатой эритемой и скрофулодермой при ее локализации на голенях. Узловатая эритема характеризуется выраженным воспалением, лихорадочным состоянием и болезненностью, располагается на передней поверхности голеней, не имеет склонности к распаду и изъязвлению, при ней не находят очагов туберкулеза в организме больного, реакция Пирке дает отрицательный результат. В клинически сложных случаях учитывают эффективность специфического лечения. Для скрофулодермы характерны мягкая консистенция узлов и основания изъязвленных участков, лоскутообразность краев язв, наличие свищевых ходов. При гуммозных сифилидах отсутствуют субъективные ощущения, имеется своеобразная плотность, буровато-красный оттенок пораженных участков и другие симптомы сифилитической инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П., Козин В.М. Кожные и венерические болезни. Учебное руководство. М.: Медицинская литература 2006.
2. Соколовский Е.В. Кожные и венерические болезни : учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов. – СПб.: Фолиант, 2008-520с.
3. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов медицинских ВУЗов. М.: «Триада-фарм» 2005-688с.