

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 Ю.В.



РЕФЕРАТ

Туберкулезная волчанка

Выполнила:

Ординатор 1 года обучения

Яновская Я.А.

Проверила:

д.м.н., проф.

Карачева Ю.В.

Красноярск, 2019

Оглавление

Введение.....	3
Этиология и патогенез.....	3
Клиническая картина.....	3
Диагностика.....	4
Лечение.....	5
Заключение.....	5
Список литературы.....	6

Введение.

Туберкулезная волчанка –является одной из наиболее часто встречающихся форм туберкулеза кожи. Однако ее своевременная диагностика — одна из наиболее актуальных проблем фтизиатрии и дерматологии. Этой форме присущи многообразные и сложные клинические проявления, сходство с другими формами туберкулеза кожи и с неспецифическими дерматозами, а также склонность к рецидивам.

Она характеризуется хроническим медленным прогрессирующим течением и склонностью к расплавлению тканей. Заболевание обычно начинается в детстве и тянется годами. В последние годы участились случаи возникновения туберкулезной волчанки. Значительная часть больных годами остаются вне поля зрения специалистов. Распознавание ранних проявлений ТВ затруднено большим числом ее атипично протекающих случаев и взрослых.

Этиология и патогенез.

Туберкулез кожи вызывают микобактерии туберкулеза как человеческого (*Mycobacterium tuberculosis*), так и бычьего вида (*Mycobacterium bovis*). После попадания возбудителя в кожу из первичного очага гематогенным или лимфогенным путём формируется люпома размером с булавочную головку. Она представляет собой первичный морфологический элемент вульгарной волчанки и является скоплением мелких туберкулёзных бугорков. При массивном инфицировании повреждённой кожи контактным путём возникает инфильтрат, напоминающий очаг Гона, сопровождающийся лимфаденитом и лимфангоитом.

В эпидермисе происходит чрезмерное утолщение рогового слоя, гиперпигментация, формирование папиллом.

Клиническая картина.

Высыпания локализуются преимущественно на лице, значительно реже – на конечностях, в перианальной области, в редких случаях – на туловище. Первичным морфологическим элементом является бугорок (люпома). В начале заболевания бугорки малозаметны, имеют вид желтовато-красных или красновато-коричневых округлых пятен диаметром 2–5 мм с четкими границами. В течение нескольких месяцев инфильтрация увеличивается и бугорки становятся более заметными, но все же в большинстве случаев незначительно возвышаются над кожей (*lupus vulgaris planus*). Особенности роста и распространения люпом, наличие или отсутствие изъязвления, степень инфильтрации кожи, характер поверхности определяют

многообразие клинических проявлений, которое считается характерным для люпоидного туберкулеза кожи. Выделяют плоскую, язвенную, псориазиформную, опухолевидную, серпигинирующую, веррукозную, диссеминированную и другие формы туберкулезной волчанки. Возможно сочетание нескольких форм (чаще плоской и язвенной) у одного и того же больного. Кроме кожи, туберкулезная волчанка нередко (до 70% случаев) наблюдается и на слизистых оболочках. Чаще всего поражается полость носа, рта (десны, твердое и мягкое небо, глотка, губы и др.). Наиболее часто встречается плоская форма туберкулезной волчанки (*lupus vulgaris planus*), при которой отдельные бугорки сливаются между собой, образуя очаги поражения различных очертаний и величины, увеличивающиеся в результате появления по периферии новых бугорков. Поверхность очага поражения обычно гладкая, шелушение отсутствует или небольшое, в редких случаях имеются обильное мелкопластинчатое шелушение (*lupus vulgaris pityriasiformis*), наслоения корок, иногда бородавчатые разрастания (*lupus vulgaris verrucosus*), часто наступает изъязвление (*lupus vulgaris exulcerans*). Язвочки поверхностные, с мягкими, подрытыми, неровными краями, вокруг них сохраняется светлокоричневый инфильтрат. Дно язвочек покрыто гноем, зернистое вследствие образования грануляций. Язвенные поражения могут распространяться по периферии (*lupus vulgaris serpiginosus*) или вглубь, в результате чего разрушаются подкожная жировая клетчатка, хрящевая часть носа и ушей, происходит отторжение фаланг пальцев, что может привести к значительному обезображиванию (*lupus vulgaris mutilans*).

Диагностика.

Гибель эластической и соединительной ткани, обуславливающая мягкую тестоватую консистенцию бугорков, приводит к тому, что при надавливании на люпому пуговчатый зонд легко погружается в глубину ткани (признак Пospelова), а углубление сохраняется некоторое время. Не менее важен для диагностики другой признак: при надавливании предметным стеклом (диаскопия) на волчаночный очаг на месте люпомы отмечаются желто-бурые пятна. Этот буроватый цвет напоминает яблочное желе, в связи с чем признак получил название феномен «яблочного желе».

При гистологическом исследовании обнаруживают бугорки из эпителиоидных клеток с казеозным некрозом в центре, окруженные лимфоцитами, гигантскими клетками. Возможно выявление микобактерий туберкулеза.

Лечение.

Лечение туберкулеза кожи должно быть комплексным, непрерывным длительным. Этиотропная терапия. К ней относятся препараты ГИНК – гидразиды изоникотиновой кислоты: фтивазид, тубазид, метагид, салюзид, ларусан, ИНХА – 17, а также стрептомицин, ПАСК.

Патогенетическая терапия. Она включает витаминотерапию, десенсибилизирующую и гормональную терапию, физиотерапевтическое лечение, климатолечение и лечебное питание.

Заключение.

Туберкулёзная волчанка – хроническое заболевание. При своевременном выявлении и лечении прогноз благоприятный. Повторное возникновение болезни наблюдается только в случае нарушения схемы лечения или развития у микобактерий устойчивости к лекарственным препаратам. Профилактика туберкулёзной волчанки сводится к лечению основного заболевания, соблюдению правил личной безопасности при контакте с заражёнными (использование перчаток, масок) и укреплению иммунитета.

Список литературы.

1. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Г. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. М. 1999.
2. Иванько С.А., Сергеев Ю.В., Борисов С.Е. Особенности клинической картины туберкулезной волчанки. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2007.
3. Самцов А.В., Барбинов В.В. Дерматовенерология: учебник для медицинских вузов. 2008.
4. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни. 2006.
5. Кошечкин В.А., Иванова З.А. Туберкулез. 2007.