

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО
имени профессора В.И.Прохоренкова

Зав.Кафедрой
д.м.н., проф.,
Карачева Ю.В.

Реферат

ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ. ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ.

Выполнила:
клинический ординатор
2 года обучения
Чангы Л.Б

Проверила:
д.м.н., профессор
Карачева Ю.В.

Красноярск, 2018 г.
СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение.....	3
2. Туберкулез кожи - общие сведения.....	3
3. Классификация туберкулеза кожи.....	5
4. Туберкулезная волчанка.....	5
5. Колликувативный туберкулез кожи (скрофулодерма).....	11
6. Бородавчатый туберкулез кожи.....	13
7. Язвенный туберкулез кожи.....	14
8. Список использованной литературы	17

Введение

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 (typ. humanus), бычий (typ. bovinus) и птичий (typ. 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 сенсibilизацией. 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 сенсibilизации возникает туберкулез кожи. При этом, как правило, увеличиваются вирулентность и аллергизирующая способность возбудителя. Чем слабее неспецифический иммунитет, тем активнее аллергизация (Ю.К. Скрипкин). Специфическая сенсibilизация усугубляется парааллергическими феноменами и неспецифическими аллергизирующими 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. Сенсibilизирующее действие туберкулезного возбудителя подтверждается повышенной чувствительностью к туберкулину. Кожные туберкулиновые пробы предложены Пирке (1905). По принципу скарификационной реакции Пирке в последующие годы стали применяться внутрикожный метод Манту и накожная проба Моро. Реакция Пирке производится путем нанесения на скарификационный участок кожц сгибабельной поверхности предплечья разведенного (1--5--10--15%) туберкулина. Внутрикожный метод Манту осуществляется введением внутрикожно 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 см². Помимо туберкулиновых проб диагностика кожных форм туберкулеза подтверждается обнаружением микобактерии туберкулеза в ткани патологических очагов путем высевания их на питательные среды, положительными результатами прививок патологического материала морским свинкам, обладающим высокой и специфической чувствительностью к возбудителю туберкулеза, а также наличием туберкулоидной структуры инфильтрата в коже.

Классификация:

1. локализованный (очаговый)

- Туберкулезная волчанка;
- Скрофулодерму (колликвативный туберкулез кожи);
- Бородавчатый туберкулез кожи;
- Язвенный туберкулез кожи;
- Индуративная эритема Базена

2. диссеминированный

- Милиарный туберкулез
- Лишай золотоушных
- Папулонекротический туберкулез

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-гиперемизованная 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 (диаскопией) 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». 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 люповых очагов. *Lupus hypertrophicus verrucosus* -- массивные гиперкератотические папилломатозные 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 патогномичным признаком для туберкулезного процесса. В ряде случаев деструктивные язвенные изменения вовлекают в процесс глубоко подлежащие ткани (хрящи, кости, суставы) с образованием мутляций, фиброзных, келоидных рубцов и обезображиванием носа, ушных раковин, пальцев, век, конечностей (*Itjpus 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 придает 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 элифантiazом. 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, пситриазиформная 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 отмечают 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 -- друсы 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, подрывными 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 подмышечных 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 клинко-рентгенологического и гистологического исследований. Дифференциальную диагностику проводят в основном с сифилитическими гуммами, гуммозно-

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. Гуммозно-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. Спироцеллюлярный рак располагается асимметрично в области естественных отверстий и быстро подвергается язвенному распаду.

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 отсеков 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.

Список использованной литературы:

1. Дерматовенерология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. Ю. К. Скрипкин, Ю. С. Бутов, О. Л. Иванов. –Режим доступа : <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>

М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2014.

2. Дерматовенерология [Электронный ресурс] : учеб. для вузов / В. В. Чеботарев, К. Г. Караков, Н. В. Чеботарева [и др.]. – Режим доступа : <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970435670.html>

М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2016.

3. Прохоренков, В. И. Дерматовенерология. Методы и методики обследования и диагностики больных дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем : учеб. пособие для врачей / В. И. Прохоренков, Т. А. Яковлева, В. Г. Максименко ; Красноярский медицинский университет. Красноярск : КрасГМУ. – 2013.

4. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА

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

Рецензия <проф., Д.М.Н кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. Проф. В.И. Прохоренкова Карачевой Юлии Викторовны> на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология <Чангы Лимы Борисовны> по теме <Туберкулез кожи. Локализованные формы туберкулеза кожи>.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения специальности Дерматовенерология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата по его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положительные выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: —

Дата: 18.12.2018г.

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:


