

Туберкулёз кожи

Федотов В. П.

Дніпропетровська державна медична академія

ТУБЕРКУЛЬОЗ ШКІРИ (клінічна лекція)
Федотов В. П.

TUBERCULOSIS CUTIS (A clinical lecture)
Fedotov V. P.

Кожный туберкулёз, по клиническому и социальному его значению, является одной из важнейших и актуальных проблем дерматологии. В наше время туберкулёз – одно из самых распространенных инфекционных заболеваний, имеющее богатую и древнюю историю. Он был известен под названием «белая горячка», «чахотка» и др.

Кожный туберкулёз является, таким образом, в известном смысле пограничной областью, захватывающей научные и практические интересы врачей, работающих как в области дерматологии, так и в области фтизиатрии. Тщательное изучение проблемы туберкулёза кожи содействует в равной мере прогрессу и той, и другой отрасли клинической медицины. Как известно, туберкулёзные заболевания кожи в большом проценте случаев комбинируются с заболеваниями верхних дыхательных путей и полости рта, а также с заболеваниями костной, суставной и железистой системы. Если к этому добавить, что в большинстве случаев туберкулёзные поражения кожи развиваются в детском возрасте, то станет понятным, что проблемы кожного туберкулёза – его патогенеза, клиники, лечения и профилактики – объединяют широкие круги врачей различных специальностей, соприкасающихся в своей работе с этими проблемами.

И, наконец, вопросы туберкулёза кожи являются актуальными не только для врачей-специалистов, но в значительной степени еще более важными для врачей периферических лечебных учреждений, так как больные кожным туберкулёзом встречаются не столько в крупных центрах, сколько в районах деятельности районных и участковых врачей.

Изучение глобальной распространенности инфекции выявило территории с высокой, средней и низкой эндемичностью; установлено,

что:

- на территориях с высокой эндемичностью живет приблизительно 45 % населения Земли;
- на территориях со средней эндемичностью (2-7 %) – Россия, Украина, страны СНГ и бывшего СССР, Индия, страны Ближнего Востока, Восточная Европа, Северная Африка и Южная Америка – живет 43 % населения;
- на территориях с низкой эндемичностью – США, Канада, страны Центральной и Южной Америки, Австралии, Скандинавские страны – живет 12 % населения.

Основной путь передачи инфекции – воздушно-капельный и бытовой с высоким риском инфицирования. Большинство инфицированных – взрослые из группы риска. Наряду с легочным туберкулёзом, увеличивается количество случаев заболевания внелегочной и другими формами туберкулёза, в том числе и туберкулёза кожи. В Украине туберкулёз кожи составляет 0,8 % от количества впервые зарегистрированной заболеваемости.

Современной особенностью развития туберкулёзной инфекции является:

- приоритет в возрасте 20-39 лет;
- обилие запущенных форм;
- рост заболеваемости детей;
- наличие резистентных форм;
- наличие микст-инфекций с ВИЧ/СПИД-инфекцией, ВИЧ-ассоциированными болезнями и др.

Вся ситуация с заболеваемостью туберкулёзом усугубляется неблагоприятными социально-экологическими факторами:

- авария на ЧАЭС;
- нарушения со стороны нервной и иммунологической систем;
- алкоголизация населения, табакокурение, наркомания;

- стрессы;
- рост заболеваемости вирусными гепатитами В и С;
- увеличение количества мигрантов, безработных, бедных или лиц без определенного места жительства;
- **массовая амнистия из мест лишения свободы и несоблюдение отбывшими наказание больными туберкулёзом правил личной гигиены и др.**

Отсутствие фактического места жительства не дает возможности контролируемого амбулаторного лечения больных туберкулёзом, особенно бродяг, бомжей, лиц, освободившихся из заключения, которые являются группой высокого риска инфицирования большого массива окружающего населения, а также несоблюдение последними личной гигиены: пользование посудой в общественных местах, чихание и кашель в транспорте общественного пользования.

По данным ВОЗ, в мире инфицировано туберкулёзом около 2 млрд. человека. Ежегодно вновь заболевают 7-10 млн. человек и умирает от болезни 3 млн. Общее количество больных только по официальным статистическим данным насчитывает 50-60 млн. человек.

В Украине, по прогнозам ведущих ученых и практиков:

- если социально-экономические условия в стране ухудшатся, заболеваемость туберкулёзом в ближайшие 10 лет увеличится в 2 раза, а смертность – в 2,5 раза;
- если останутся такими же, то заболеваемость увеличится в 1,5 раза, а смертность – в 1,7 раза;
- если же социально-экономическая ситуация в Украине улучшится, то заболеваемость может увеличиться на 5-10 %, а смертность уменьшиться на 100 %.

В настоящее время (в течение последнего года) в Украине выявлено более 46 тыс. больных туберкулёзом; свыше 13 тыс. жителей страны умерли от этой болезни. Уровень смертности составил 21,9 на 100 тыс. населения. Повсеместно наблюдается:

- рост заболеваемости туберкулёзом среди детей – более чем в 1,3 раза;
- увеличение показателей смертности – 12,9 на 100 тыс. населения;
- рост частоты запущенных форм туберкулёза.

Туберкулёз кожи, из всех форм внелёгочной

локализации заболевания, составляет 0,8-1 %. В настоящее время туберкулёз кожи регистрируется как среди детского, так и взрослого населения. Отмечается снижение заболеваемости туберкулёзной волчанкой за счет преобладания диссеминированных форм. Туберкулёз кожи стал протекать более благоприятно, практически не регистрируются уродующая (мутилирующая) туберкулёзная волчанка и скрофулодерма.

Преобладает в основном доброкачественная поверхностная (плоская) форма туберкулёзной волчанки. Однако это не означает, что проблема туберкулёза кожи успешно решена и утратила актуальность. В наше время остро стоит вопрос о раннем выявлении туберкулёза, так как у 57,1 % больных туберкулёзом кожи регистрируются запущенные формы, много диагностических ошибок. Диагностика туберкулёза кожи нередко затруднительна вследствие патоморфоза болезни и развития ее атипичных форм, а также ослабления внимания к этой проблеме в связи с неправильным представлением о большой редкости туберкулёза кожи со стороны врачей фтизиатров, дерматовенерологов и врачей интернистов.

Цели возрождения знаний о туберкулёзе кожи, изучения особенностей клинических проявлений и течения его в современных условиях, диагностики и терапии заболевания служит написание и оформление данной клинической лекции.

Этиология и патогенез туберкулёза кожи

Туберкулёз вызывается микобактериями туберкулёза человеческого типа (*Mycobacterium tuberculosis humanus*), реже – микобактерии бычьего типа. Обычно они имеют вид тонких, прямых или слегка изогнутых гомогенных или зернистых палочек длиной 1-4 мкм, шириной 0,2-0,6 мкм, со слегка закругленными и утолщенными концами.

Микобактерии туберкулёза не образуют спор, неподвижны, грамположительны, устойчивы к кислотам, щелочам и спирту; по Цилю–Нильсену они окрашиваются в красный цвет, не обесцвечиваются под действием кислот или спирта. Характерной чертой микобактерий является значительный полиморфизм, что может выражаться в изменении их длины и ширины, наличии кокковидных, фильтрующихся, а также других форм микобактерий; они являются аэробами и отличаются медленным ростом.

Туберкулёзная палочка:

- чрезвычайно устойчива как во влажной, так и сухой среде и сохраняет свои патогенные свойства 7-10 лет;
- устойчива к низкой температуре;
- при кипячении погибает спустя несколько минут, а при прямых солнечных лучах – от 15 минут до 3 часов;
- коровье молоко и молочные продукты являются хорошей питательной средой для микобактерий.

Туберкулёз кожи развивается во взаимосвязи с общим течением туберкулёзной инфекции в организме. Микобактерии попадают в кожу чаще лимфогематогенно или *per continuitatem*, реже – экзогенно.

Эндогенно обусловленный процесс в коже может возникать не только вследствие диссеминации микобактерий из очагов во внутренних органах, преимущественно в легких, но и путем заноса их в кожу в период первичного инфицирования организма, как это доказано при других формах внелегочного туберкулёза. Наблюдается и экзогенная аутоинокуляция микобактериями, например, при активных формах туберкулёза легких, мочевыделительных органов. Редкость вовлечения кожи в туберкулёзный процесс может быть объяснена неблагоприятными условиями в ней для роста и развития микобактерий; поэтому экзогенное заражение возможно лишь при массивном инфицировании через поврежденную кожу.

Ведущая роль, наряду с массивностью инфицирования и вирулентностью бактерий, принадлежит состоянию иммунной реактивности организма. Туберкулёзное воспаление рассматривается как классический пример воспаления на иммунной основе, при котором наблюдается волнообразное течение со сменой клеточных и гуморальных иммунных механизмов соответственно фазам затухания и обострения процесса. Наиболее изучены при туберкулёзе клеточные механизмы иммунитета, в первую очередь, Т-звена иммунитета!

Следует отметить, что повышенная чувствительность туберкулинового типа и гранулематозное воспаление наблюдается не на всех этапах развития туберкулёзного процесса и не при всех клинических формах туберкулёза кожи. Различна и степень позитивности туберкулиновых проб, значительна вариабельность структуры – гранулем.

Имеется достаточно доказательств неблагоприятной роли ряда провоцирующих факторов в возникновении туберкулёза:

- снижение неспецифической резистентности организма;
- острые инфекции, травмы, функциональные нарушения нервной системы;
- эндокринные расстройства, в первую очередь, сахарный диабет;
- недостаточное питание, гиповитаминозы;
- беременность;
- кортикостероидная и цитостатическая терапия;
- нарушение холестеринового, минерального и водного обмена.

Указывается на большое значение аллергического компонента в возникновении рассеянных форм туберкулёза кожи.

Главным источником заражения туберкулёзом является больной туберкулёзом человек, и наибольшее значение, в качестве источника заражения, имеет туберкулёзная мокрота. Основное значение в распространении принадлежит пылевой инфекции, причем источником пыли являются «капельки». Второстепенное значение как источника инфицирования туберкулёзом имеют различные выделения организма (кал, моча, молоко, гной).

Кроме человека, источником заражения туберкулёзом, особенно у детей, является рогатый скот.

Говоря о наследственной передаче туберкулёза, имеют в виду внутриутробное заражение микобактериями, переходящими из материнского организма в организм плода, но это довольно редкое явление. Открытие туберкулёзного ультравируса укрепило позицию сторонников плацентарной передачи туберкулёза, однако практическое значение его очень не велико. Таким образом, входными воротами туберкулёзной инфекции могут быть кожа, слизистые оболочки и альвеолярный легочный эпителий.

Классификация туберкулёза кожи и подкожной клетчатки

Применяют такую классификацию туберкулёза кожи и подкожной клетчатки.

6.1.1 Локализованные формы.

6.1.1.1 Туберкулёзный шанкр.

6.1.1.2 Туберкулёзная волчанка.

6.1.1.3 Бородавчатый туберкулёз кожи.

6.1.1.4 Колликативный туберкулёз кожи.

6.1.1.5 Язвенный туберкулёз кожи и слизистых оболочек.

6.1.1.6 Саркоид Бека.

6.1.2 Диссеминированные формы.

6.1.2.1 Острый милиарный туберкулёз кожи.

6.1.2.2 Лихеноидный туберкулёз кожи.

6.1.2.3 Милиарная диссеминированная волчанка.

6.1.2.4 Папулонекротический туберкулёз кожи.

6.1.2.5 Индуративная эритема Базена.

Патогенез туберкулёза сложен и во многом еще не ясен, что объясняет многообразие клинических форм туберкулёза, большую вариабельность его гистоморфологических проявлений касательно туберкулёза кожи, затрудняющих создание единой классификации туберкулёза.

6.1.1 Локализованные формы

6.1.1.1 Туберкулёзный шанкр (туберкулёз кожи первичный) – очень редкая форма туберкулёза кожи; возникает обычно у ранее не инфицированных. Болеют преимущественно дети, но не исключено развития заболевания и у взрослых, в том числе – как следствие суперинфекции. Непременным условием, помимо вирулентности микобактерий и их количества, является наличие травмы, пусть даже незначительной, или предшествующая пиококковая инфекция.

Локализация: конечности, лицо, полость рта, конъюнктивы, половые органы. Заражение происходит при прямом контакте с инфицированным материалом (мокрота, слюна) от больного активным туберкулёзом.

В среднем через 3 недели в месте проникновения микобактерий появляется красно-коричневая папула плотной консистенции, превращающаяся в поверхностную безболезненную язву, чаще всего сходную с пиококковой, но без острых воспалительных явлений по периферии. Доминирует lividная окраска; размеры язвы – 1,5-2 см. Дно покрыто гнойным отделяемым, зернистое, иногда папилломатозно-веррукозное. Края мягкие, подрытые, но бывает краевое уплотнение, что придает очагу шанкриформный или эпителиомоподобный характер. Иногда бывает узловатый инфильтрат в подкожной клетчатке, который, расплавляясь, приобретает черты скрофулодермы.

Через 2-4 недели от появления язвы возникает лимфангит и регионарный лимфаденит – первичный туберкулёзный комплекс. Лимфатические узлы безболезненные, вначале плотные, изолированные, подвижные, затем спаиваются между собой и с кожей, размягчаются и часто вскрываются с образованием язвы, сходной с таковой при скрофулодерме. Вокруг первичного язвенно-некротического дефекта иногда появляются люпомы, и процесс может трансформироваться в волчанку.

Через несколько недель или месяцев происходит заживление язвы с образованием рубца, на котором не исключено впоследствии развитие бугорков, обызвествление лимфатических узлов или генерализация инфекции с развитием диссеминированных форм – папулонекротического или милиарного туберкулёза кожи.

Прогноз первичного туберкулёзного комплекса – такой же, как и в случае такового в легких (субфебрильная температура). Не исключена реактивация процесса в лимфатических узлах при ослаблении иммунитета или при суперинфекции.

6.1.1.2 Туберкулёзная волчанка является одной из наиболее часто встречающихся форм туберкулёза кожи. Возбудитель попадает в кожу преимущественно лимфо- или гематогенно из других очагов туберкулёзной инфекции в организме (легкие, лимфатические узлы и др.). Обнаруживались:

- микобактерии бычьего типа – у 38 % больных;

- увеличение периферических лимфатических узлов – у 97 % больных,

- изменения костей и суставов – у 30 % больных.

Основным характерным морфологическим элементом этой стадии, как и при всех хронических инфекционных заболеваниях (туберкулёз, сифилис, споротрихоз, лейшманиоз, проказа и др.), является бугорок, называемый *люпомой*. Патогистологически при этом характерно образование инфекционной гранулемы в собственно коже, состоящей из эпителиоидных и гигантских клеток. Клинически это проявляется появлением на коже небольшого красного или желто-красного, органического, просвечивающегося из глубины «пятнышка» неправильной формы, величиной с булавочную головку. Иногда «пятнышко» возвышается слегка над кожей и имеет вид «узелка» Ничего патогмо-

ничного для волчанки эти элементы не имеют. Субъективных ощущений нет. Иногда бывает болезненность при дотрагивании. Высыпания остаются без изменений месяцы и даже годы. При их разрастании и появлении новых узелков больные обращаются к врачу. Для диагностики волчанки применяют методы диаскопии и «проваливания зонда».

При диаскопии люпома рассматривается при надавливании на кожу обыкновенным предметным стеклом; при этом кожа обескровливается, и находящаяся в глубине люпома просвечивает на бледном фоне в виде ограниченного, большей частью округлой формы, восковидного пятнышка желто-бурого цвета. Характерным является именно буроватый оттенок, который может быть более или менее выражен в зависимости от давности высыпания. В более старых случаях имеется более темный, а в свежих – более светлый желто-бурый оттенок; поэтому на различных участках поражения даже у одного и того же больного этот бурый оттенок выражен различно. Авторы сравнивают этот оттенок с цветом яблочного желе или ячменного сахара. В случае слияния нескольких мелких люпом, под кожей просвечивает пятно большей величины (до ногтя мизинца). В других случаях, наоборот, под стеклом просвечивает несколько отдельных мелких (величиной с булавочную головку) пятнышек. При обширных пятнах необходимо обследовать по краю, где имеются более свежие высыпания. Этот симптом – патогномоничный для волчанки.

Второй метод – надавливание тонким тупым (стеклянным) зондом на люпому, и зонд как бы «проваливается» в мягкую массу пораженной кожи, после чего остается ямка в месте давления. Происходит разрушение в очаге люпомы эластической и соединительной ткани.

Вначале бугорки увеличиваются в размерах, появляются новые мелкие высыпания люпом; они могут сливаться, и образуются большие участки поражения неправильной формы. Вокруг очага кожа также изменена, отражающая воспалительные и склеротические процессы в различных слоях кожи. Создается пестрая картина кожного поражения, которое получило название плоской волчанки с двумя основными разновидностями:

- *lupus maculosus*, когда бугорки не возвышаются над кожей;
- *lupus planus nodularis* или *tuberculosis*, когда бугорки слегка над ней возвышаются в виде

плоских узелков.

Разрастание бугорков может происходить различным образом:

- довольно часто бугорки разрастаются над поверхностью и возвышаются над ней в виде желто-красных или желто-бурых ограниченных, округлой формы узлов (*lupus planus tuberosus*); при слиянии этих бугорков они принимают вид нависающих, мягких, выпуклых желто-бурых образований (*lupus tumidus*), в которых при диаскопии не всегда удается обнаружить отдельные типичные люпомы, а только разлитые желто-бурые пятна, и лишь по периферии обнаруживаются отдельные бугорки;

- бугорки разрастаются в виде ограниченных или сливающихся плотных бородавчатых образований грязно-желтого цвета, в которых бугорки обнаруживаются только микроскопически (*lupus verrucosus*);

- в некоторых случаях вследствие разрастания соединительнотканной основы кожи и гипертрофии эпителия происходит развитие совершенно мягких папилломатозных опухолевидных образований (*lupus hypertrophicus s. papillomatosus*), в которых единичные бугорки также обнаруживаются только микроскопически.

Характер шелушения на поверхности пятен или бугорков также бывает довольно разнообразным:

- в очагах при *lupus planus* можно обнаружить легкое шелушение на поверхности пятен или бугорков, образование тонких, легко снимающихся чешуек (*lupus planus squamosus s. pityriasiformis*);

- в более старых очагах – весь участок поражения покрыт многочисленными, различной величины светло- или темно-серыми чешуйками, легко снимающимися без кровоизлияния (*lupus exfoliatus*);

- встречается редко, в основном на конечностях на фоне гиперкератоза и паракератоза, когда чешуйки имеют беловатый, слегка блестящий оттенок, и все высыпания вследствие больших плотных наслоений и усиленного шелушения имитирует чешуйчатый лишай (*lupus planus psoriasiformis*); микроскопическое исследование биоптата кожи обнаруживает истинный (бугорковый) характер высыпания;

- иногда из-за сопутствующей экссудации чешуйки принимали характер больших слоистых корок, похожих на рупии (*planus psoriasiformis rupioides*);

- иногда очаги при значительной инфильтрации и гиперемии, нарушении процессов ороговения принимают вид сплошных, насыщенно-красных, иногда с фиолетовым оттенком пятен, покрытых плотно приставшими чешуйками, и имитируют красную волчанку, особенно в местах ее предпочтительной локализации («бабочка»); тогда эту форму называют *lupus vulgaris erythematoides*, при этом для диагностики приходится прибегать к гистологическим исследованиям.

Иногда волчанка напоминает ангиому, *naevus*, ринофиму, риносклерому, экзему и др.

При язвенной форме (*lupus vulgaris ulcerosus s. exedens*) инфильтрат банальный превалирует над бугорковым; при этом вначале волчанка имеет вид плоской формы, а затем бугорки начинают распадаться. В других случаях волчанка начинается с небольшого, ограниченного, без резких контуров, красноватого мягкого пятна с синеватым оттенком; диаскопия не дает «яблочного желе», но гистология характерна. Пятно медленно разрастается, и инфильтрат подвергается различным изменениям:

- в одних случаях экссудат пропитывает эпидермис и разрыхляет его, и на поверхности бугорка появляются различной толщины корки (*lupus crustosus*);

- в других случаях инфильтрат нагнаивается и, ссыхаясь, дает плотные, массивные желто-бурые гнойные корки различной величины (*lupus empetiginosus*), а под ней – поверхностная эрозия или язва;

- в некоторых случаях гнойные корки принимают руппоидный характер (*lupus rupioides*), в других – геморрагический, и корки имеют кровянисто-грязный вид (*lupus haemorrhagicus*).

В некоторых случаях инфильтрат сразу подвергается некрозу, распадается и образуется язва – поверхностная, мягкая, овальной или округлой, чаще неправильной формы, с отлогими краями и бугристым, слегка сдавленным дном красного или буроватого цвета, часто кровоточащим. Отделяемое язв – небольшое, мутное, кровянистое, часто засыхающее в тонкие желто-бурые корки. В злокачественных случаях язва проникает вглубь, давая глубокие, обширные, тяжелые изъязвления всех слоев кожи, подкожной клетчатки и подлежащей ткани. При широком захвате поверхностных слоев кожи язвенным процессом речь идет о фagedенической волчанке (*lupus phagacdenicus*), при глубоких язвах – о *lupus terebrans*, при наличии глубоких

и обширных разрушений – о *lupus vorax*.

Если в центре очага идет рубцевание, а по периферии появляются новые высыпания, то очаги приобретают округлую или овальную с закругленными краями форму, то речь идет о *lupus annularis*, *lupus serpiginosus*.

Иногда на конечностях волчанка имеет более пеструю картину бугорково-язвенного серпигинозного очага (*lupus ulcerosus serpiginosus*), напоминая сифилис, когда в центре бугорки подвергаются рубцеванию, а по краям – нагноению или некротизации; появляется инфильтрат в виде изъязвленной бледно-красной поверхности, покрытый гнойными корками, местами даже рупиоидного характера. Как правило, это многолетний процесс.

Волчанка склонна к рубцеванию (фиброзному перерождению инфильтрата). Характерно для туберкулёзной волчанки высыпания новых бугорков на рубцовой ткани и склонность рубцовой ткани к новому распаду, разрушению, изъязвлению. Рецидивы характерны то ли за счет развития нового люпозного процесса, то ли за счет вспышки затихшего, не вполне законченного процесса. Рубцы поверхностные, плотные, гладкие, белые, иногда с сероватым или буроватым оттенком; при заживлении поверхностных язв они имеют блестящий вид, при заживлении глубоких – мутный складчатый характер. Иногда на рубцовой ткани образуются роговые опухоли (*lupus corneum*) в виде небольших, остроконечных, тонких рогов, или в виде плоских, ограниченных тарелкообразных роговых наслоений округлой формы.

Локализация волчанки имеет значение в развитии той или иной формы заболевания. Классическая локализация – кожа лица (75 % от всех случаев), потому что она более нежна, подвержена травмам, характеризуется обилием лимфатических желез; иногда эти проявления вторичные – процесс исходит из носа, полости рта, верхних дыхательных путей. На щеках и лбу чаще развиваются плоские формы и они доброкачественные, не дают изъязвлений, распространяются на периферии и рубцуются в центре, редко бывают в виде *lupus terebrans* (плоские возвышающиеся узлы) или в виде мягких папилломатозных опухолей (*lupus hypertrophicus*). Рубцы на щеках и в области скуловых возвышений часто оттягивают вниз и деформируют нижнее веко (*ectropion*), вызывая конъюнктивиты и дакриоциститы. Плоские формы встречаются на коже глазных век, главным образом, верхнего и чаще

являются вторичными. Очень редко поражается волосистая часть головы, вызывая поражения в виде плоских слившихся бугорков; кожа лишена волос. Редко при этой локализации бывают веррукозные и папилломатозные формы.

Наиболее частой локализацией на лице является кожа вокруг носовых отверстий и вокруг ротового отверстия; часто при этом процесс переходит с кожи на слизистые оболочки. Источником поражения кожи, вероятнее всего, служат *lupus* слизистых и лимфатических образований. Волчанка на кончике носа начинается со сплошных разлитых неспецифических инфильтратов, в которых трудно различить бугорки. В одних случаях они быстро подвергаются распаду и нагноению, возникают язвы с гнойными корками, разрушение кожи и подлежащей ткани (крылья носа и хрящ). Образуются обширные дефекты кожи, деформация носа, нос приобретает «совиный вид», западает. В тяжелых случаях имеются отверстия с возвышенными плотными краями. Нередко появляются вегетации (*lupus vegetans*), папилломатозные образования, и нос имеет шишкообразный вид, как при ринофиме; отечность и разрастания верхней губы. При формировании рубцов может происходить закрытие носовых отверстий. Гораздо реже волчанка носа бывает в виде чисто бугорковой (плоской) формы, а затем идет рубцевание бугорков при одновременном высыпании бугорков на слизистой носа и распространении процесса на окружающие участки – лицо, щеки, верхняя губа и т.д.

Волчанка в области ротового отверстия (губ) бывает как самостоятельная локализация, так и в комбинации с поражением носа. Иногда поражаются и верхние десны. Верхняя губа поражается в виде язвенных и гипертрофических очагов, приводящих к мутляции верхней губы с обнажением десен. Нередко бывает рубцовое стяжение ротового отверстия, особенно при поражении верхней и нижней губы. При гипертрофических формах – резкое набухание, отечность и увеличение верхней губы, реже – нижней, с гнойными корками на трещинах; обнажаются слизистые оболочки, нижняя губа обвисает. Появляются хронические трещины в углах рта.

На ушных раковинах чаще всего бывают плоские бугорки, склонные к слиянию, – особенно на мочке уха, которая утолщается, увеличивается. Иногда бывает склонность к распаду и изъязвлению до полной мутляции раковины с закрытием или сужением слухового прохода.

На подбородке волчанка встречается крайне редко.

Иногда при длительном процессе волчанка захватывает всю кожу лица. При плоской форме лицо покрыто бугорками и узлами, то изолированными, то сливными, местами гипертрофическими. При язвенной форме большая часть лица, особенно щеки и губы отечны, утолщены, с элифантиазом, покрыты плотными гнойными корками. В злокачественных случаях – мутляция носа, губ, век, ушных раковин, поражение глаз. Вся кожа подвергается атрофическому рубцеванию. Деформация лица придает больному уродливый, «страшный вид».

На шее – чаще всего встречается плоская бугорковая форма; бугорки нередко сливаются и захватывают новые участки, переходя на подбородок.

Иногда бывает шелушащаяся форма. При рубцевании появляются атрофия, склонность к эксфолиациям и нагноению, стяжению шейных мышц; затруднение подвижности шеи. При вовлечении подбородка происходит оттягивание нижней губы (постоянно открытый рот). Бывает на шее и келоидное рубцевание; иногда на шее бывают серпигинозные и круговидные формы, реже – язвенные и импетигинозные.

На туловище (грудь, живот и спина) очень редко встречаются поверхностные и доброкачественные формы, широко не распространяются и самопроизвольно рубцуются. Рубцы поверхностные, гладкие или складчатые. Обычно встречается один очаг, но могут быть и множественные. Наблюдаются серпигинозные и аннулярные формы.

В ягодичной области и в области заднего прохода волчанка встречается относительно редко и протекает чаще в виде плоской бугорковой формы. Описаны гипертрофические, веррукозные и папилломатозные формы, в единичных случаях – язвенные.

На конечностях волчанка встречается довольно часто в виде плоской и язвенной форм, нередко серпигинирующая. На конечностях характерна склонность к периферическому росту. Наряду с отдельными небольшими очагами встречаются обширные серпигинирующие очаги; чаще это язвенные, импетигинозные и даже рупиоидные формы, напоминая сифилитические поражения. На нижних конечностях появляются гипертрофические разрастания, элифантиаз, бугорки имеют характер веррукозной или папилломатозной волчанки. Язвенная волчанка

на конечностях ведет к мутиляции, особенно пальцев; онихогрифоз. Кисть и подошва деформированы, утолщенные и изуродованные.

Половые органы поражаются очень редко. Также появляются бугорки с папилломатозными разрастаниями, или в виде мягкой папилломатозной опухоли. С лобка процесс переходит на половой член, мошонку. Описаны случаи бугорковых и язвенных поражений половых органов у мужчин и гипертрофических поражений – у женщин и девочек. Как правило, очаги на коже одиночные, но бывает и много очагов; формы проявления на различных участках кожи бывают различные.

Люпозные поражения слизистых оболочек. Возможно одновременное поражение кожи, переход с кожи на слизистые оболочки и наоборот. Клинически волчанка верхних дыхательных путей проявляется появлением бугорка, слегка возвышающегося, величиной с булавочную головку, сероватого, серо-желтого или красноватого цвета, мягкой, иногда плотноватой консистенции. Бугорки слегка кровоточат, склонны к слиянию; образуют при слиянии возвышенную, неправильной формы стеклянноподобную бляшку с зернистой бугристой поверхностью. Бляшки разрастаются и образуют небольшие плотные ограниченные опухоли. Иногда бугорки самопроизвольно рассасываются с рубцеванием в центре и распространением по периферии. Новые бугорки появляются на рубцах, но чаще они распадаются с появлением язв – поверхностных, с резко ограниченными краями, с гнойным или чаще гранулирующим дном, покрытых плотными корками. В тяжелых случаях образуются глубокие язвы, проникающие до надхрящницы и хряща, с перихондритами и хондритами. Иногда разрушение доходит до костной ткани (*lupus vorax*).

Описаны формы коллоидального и миксоматозного перерождения бугорков с сосудами, как желатин, и кистами, наполненными слизистой тягучей массой.

Самой частой локализацией является слизистая полость носа. Начальная стадия проходит незамеченной. Предшествуют длительные риниты с кровотечениями или зловонным запахом из носа, с образованием сухих корок и затруднением дыхания. Основным элементом в носу – бугорок серо-красного или серо-желтого цвета, выступающий над кожей. Бугорки блестящие, густо сидящие на нормальной или покрасневшей и

припухшей слизистой; субъективных ощущений нет. Бугорки разрастаются, имея бугристый вид у входа в нос, покрываются сухими толстыми корками, покрывающими поверхностные язвления с дном, заполненным кровоточащими грануляциями. Корки маскируют бугорки, поэтому при осмотре корки необходимо удалять. Характерная локализация – преддверие носа, реже – в области нижних раковин и дне полости носа, передних концов средних раковин. Язвенные формы ведут к разрушению подхрящницы и хряща с образованием перфорации носовой перегородки, западением кончика носа. Иногда бугорки разрастаются в полости носа до опухолей (туберкулома) или люпомы величиной с горошину и до боба, которые прорастают перегородку, давая перфорацию. Иногда разрастаются соединительная ткань и образуются фибромы, фибро-эпителиомы, полипы, папилломы (*lupus polypoid, papilloma tuberculosa*).

Затем происходит регресс элементов с формированием рубцов неправильной формы, гладких, блестящих; иногда происходит полное закрытие входа в нос.

Описывают вторичные поражения туберкулезом носоглотки, носовых раковин, придаточных пазух, слезных мешков (дакриоцистит) и слизистой слезно-носового канала, конъюнктивы глаза. Конъюнктивит представляется диффузно покрасневшей, зернистой или бугристой, утолщенной, плотноватой. Иногда на поверхности конъюнктивы образуются мягкие и безболезненные (и безболезненные грибовидные) опухолевидные массы с зернистостью серого или красноватого цвета; но иногда образуются язвы с утолщенными, так наз. «петушиными гребнями». При рубцевании развивается выворот век (эктропион или энтропион), ресницы выпадают. Иногда вовлекается роговая оболочка, которая разрушается. Заканчивается процесс панопталмией или слепотой.

Волчанка носоглотки первичная встречается крайне редко. Чаще – это вторичный процесс с поражением заднего края перегородки носа, носовой поверхности язычка, свода глотки, трубных валиков и задней стенки глотки. Клинически: бугорковые, язвенные, рубцовые, как и при других формах поражения слизистых. Рубцовые изменения приводят к полному заражению носового отверстия, поражается среднее ухо. При поражении волчанкой полости рта чаще локализация бывает на деснах, твердом и мягком небе.

В возникновении волчанки полости рта играют роль следующие пути заражения;

- *per continuitatem*;
- лимфогенный;
- гематогенный;
- интракраникулярное метастазирование.

Клинические формы поражения волчанкой полости рта (по Лукомскому):

- инфильтративная;
- бугорковая;
- язвенная;
- рубцовая.

В дополнение к этому выделяют язвенно-папилломатозные формы и небольшие слизистые цисты.

Чаще поражается вторично верхняя десна. Лукомский выделяет 4 формы поражения десен:

- маргинальное – вначале банальное поражение края десен, которое затем переходит в бугорково-эрозивную форму: припухание десен, рисунок сглаживается; слизистая ярко-красного цвета, имеет матовый тусклый вид, легко кровоточит; болезненность отсутствует;

- супрамаргинальное поражение – инфильтративное или бугорково-язвенное; сверху десны;

- тотальное поражение – захватывает всю десну в виде инфильтративной, чаще эрозивной, а иногда – и язвенной; плохо поддается лечению, часты рецидивы, с поражением костной ткани альвеолы; иногда при тотальном поражении развивается картина гипертрофического люмпозного гингивита;

- билатериальное поражение – протекает в форме тяжелой язвенной волчанки; при язвенном поражении, вследствие трофических процессов, происходит рассасывание кости в альвеолярном отростке; клинически – альвеолярная пиорея, напоминает даже рентгенологически парадантоз, при этом расшатываются и смещаются зубы, а потом – выпадают; рубцевание дает спаивание слизистой губы и слизистой нёба.

На втором месте по частоте стоит поражение твердого и мягкого нёба. Протекает в форме язвенной формы, язвы проникают глубоко, до прободения нёба. Поражения средней трети протекают доброкачественно – как бугорковая форма. Поражение задней трети нёба протекает в бугорковой, реже – язвенной форме. При этом поражается язычок, нёбные дужки, глотка и гортань.

Поражение язычка встречается довольно часто. Язычок становится отечным, набухшим, утолщенным, часто бесформенным с бугристой или зернистой поверхностью. В результате деструктивных процессов появляются язвы, а при рубцевании – смещение язычка или полная его гибель.

Поражение нёбных дужек встречается значительно реже, чаще при переходе процесса с миндалин. Отмечается инфильтративно-бугорковая форма, язвенная, рубцовая. Рубцевание в области задних дужек может привести к стягиванию и даже закрытию входа в носоглотку.

Поражение миндалин протекает своеобразно: они увеличиваются в объеме, на поверхности появляются эрозии, покрытые серо-желтым налетом, трещины, закрытые пробками, которые увеличиваются и углубляются, превращаясь в язвы, покрывающиеся грануляциями. Иногда бывают в виде ограниченных или обширных бугорков или язвенных поверхностных и глубоких инфильтратов, при рубцевании – стягивание в сторону мягкого нёба, язычка и даже боковой стенки глотки.

Волчанка глотки – нередкое поражение и часто сочетается с туберкулёзом другой локализации. Клинически – инфильтративно-бугорковая форма; слизистая покрасневшая, с синеватым оттенком, покрыта скоплениями мелко- и крупнозернистых бугорков, иногда имеет бугристый вид; местами – поверхностные изъязвления. Происходит рубцевание, и тогда наряду с бугорками обнаруживаются и типичные для волчанки гладкие, блестящие, белесоватые, неправильно расходящиеся рубцы. В тяжелых случаях – рубцевание с закрытием входа в носоглотку. Субъективные ощущения слабо выражены и только в запущенных случаях – расстройства голоса и дыхания. Надгортанник утолщается, опухает, имеет бледнокрасную поверхность, усеян мелкими или крупными бугорками; поверхность неровная, зернистая или бугристая; при распаде – поверхностные язвы. По свободному краю может обнажаться надхрящница и хрящ с образованием беловатых линий, усеянных сероватыми бугорками. Надгортанник становится неподвижным, плотным, как бы обызвествленным, даже бесформенным. При рубцевании – рубцы гладкие, беловатые, блестящие, стягивают надгортанник, и он уменьшается в размерах. Черпалонадгортанные связки и межчерпаловидные пространства утолщены, инфильтрированы, бугристы, что приводит к сужению входа в гор-

тань. Ложные голосовые связки гиперемированы, папилломатозно утолщены, покрыты серо-желтыми бугорками. Поражаются и мышцы гортани, что приводит к парезу или сужению гортани.

Волчанка языка встречается очень редко. Клинически: имеются поверхностные, диффузно рассеянные бугорки, которые имеют большую склонность к распаду, образуя эскориации (язык как бы «источен червями»). Наоборот, имеется склонность к гипертрофическим разрастаниям с развитием веррукозных и папилломатозных неязвенных образований («кондилломатозная волчанка») с расщелинами и эрозиями. Эти образования становятся плотными, склерозированными, в виде широких безболезненных бляшек или мягких сосочковых разрастаний при отсутствии склонности к глубоким изъязвлениям.

Слизистая губ поражается редко, и клинически характерно появление язв с отеком губы и болезненностью при движении. По заживлению остаются глубокие рубцы, ограничивающие подвижность губы. При глубоких язвах образуется типичный клиновидный (треугольный) дефект, к хрящу присоединяется рубцовое стяжение боковых частей губы, с обезображиванием губы, нарушением ротового дыхания, искажением речи, затруднением приема пищи. При одновременном поражении верхней и нижней губ может произойти рубцовое поражение ротового отверстия. Люпозные поражения бывают на слизистой щек, обычно в углах рта по линии смыкания зубов. Они протекают в виде кератоза эпителия; слизистая становится мутной, принимает белесоватый оттенок. Процесс заканчивается изъязвлением с последующим рубцеванием; может поражать все участки полости рта (*pantuberculosis luposa*).

Течение люпозных процессов. Процесс протекает, как правило, хронически, медленно, годы и даже десятки лет. Иногда бывают «острые» формы, однако более правильно их считать хроническими злокачественными. Они сопровождаются значительными, в короткий срок, разрушениями. Во многом течение процесса зависит от характера морфологического инфильтрата.

Второй особенностью течения волчанки являются периодические вспышки (рецидивы) процессов под влиянием различных факторов, ослабляющих иммунитет, под влиянием раздра-

жителей. Это бывает и при леченом и нелеченом туберкулёзе кожи. Высыпания могут быть и на рубцах, и на совершенно новых участках.

Исход люпозных процессов – рубцевание с атрофией и, реже, – келлоидированием, что приводит к рубцовому стягиванию, деформации и обезображиванию органов. Появляются атрофии мышц, анкилозы, сужение ротового отверстия, носа, ушных ходов. Веки глаз оттягиваются, и развивается эктропион; пальцы подвергаются мутиляции; голова становится неподвижной; с трудом открывается рот. Обезображивание ведет к уродствам, больные становятся инвалидами. Отмечаются серьезные изменения слизистых, развиваются лимфангоиты, элевантиаз. Нередко туберкулёз кожи сопровождается туберкулёзом легких, костей и суставов, но не обязательно. Большое значение имеет вторичная инфекция, которая осложняет течение туберкулёза кожи, развивается рожистое воспаление. Возможно на местах кожного туберкулёза развитие злокачественных опухолей – *lupus carcinoma*.

Ряд авторов указывает на наличие у больных комбинации с другими формами туберкулёза, туберкулидами, с сифилисом.

Дифференциальная диагностика волчанки основана на следующих принципах:

- феномен «яблочного желе» при диаскопии;
- медленное течение процесса;
- типичные атрофические, гладкие, блестящие рубцы и появление новых высыпаний на рубцах;
- небольшое количество очагов;
- склерозированные регионарные железы;
- преимущественная локализация на лице;
- симптом «проваливания зонда»;
- при язвенных разрушениях – западение кончика носа («совиный нос»);
- элевантиаз на лице;
- первое проявление – в ранние годы жизни (5-10 лет);
- положительные пробы Пиркетта и Манту;
- гистологическое исследование бугорка;
- туберкулёзные палочки в ткани;
- положительный результат при прививке животному (морская свинка);
- туберкулёз в других органах, туберкулёз в анамнезе;
- отсутствие субъективных ощущений и температуры.

Дифференцировать необходимо от:

- геморрагического васкулита;
- пигментных пятен;
- *acne vulgaris*;
- красной волчанки;
- *granulosis rubra nasi*;
- псориаза;
- проказы;
- актиномикоза;
- лейшманиоза;
- *sycosis lupoides*;
- сифилиса третичного;
- саркоида Бека;
- отёка Квинке.

Патогенез волчанки. Чаще болеют женщины; заболевание начинается в большинстве случаев в возрасте 5-10 лет. Волчанка распространена в северных странах. Большое значение в развитии волчанки отводится нерациональному и недостаточному питанию, приему алкоголя. Профессиональный фактор в развитии волчанки не установлен. О роли травмы – данные противоречивые, и связь с травмой не установлена. Нередко волчанка развивается на фоне или после острых инфекций. Нельзя отрицать и роль конституционального фактора.

Таким образом, факторы, влияющие на развитие волчанки, можно разделить на две группы:

- **основные факторы:**

- 1) наличие в организме туберкулёзной палочки;
- 2) наличие определенной степени сенсibilизации (аллергии);
- 3) воздействие – специфического или неспецифического разрешающего фактора;

- **вспомогательные факторы:**

- 1) ранний возраст;
- 2) травмы и нарушения обмена веществ;
- 3) острые инфекционные заболевания.

6.1.1.3 Бородавчатый (веррукозный) туберкулёз кожи развивается в результате суперинфекции, при попадании туберкулёзных бацилл в кожу ранее инфицированных людей из экзогенного источника, реже – как следствие аутоинокуляции. Преимущественно заражаются ветеринарные врачи, прозекторы, лица, ухаживающие за животными, мясники. Болеют преимущественно мужчины, но могут инфицироваться и дети. Заболевание чаще вызывается микобактериями бычьего типа.

Клиническая картина. Веррукозный тубер-

кулёз кожи начинается обычно с небольшого, величиной с конопляное зерно, возвышающегося над кожей, плотного, безболезненного узелка, синевато- или серовато-красного цвета, покрытого тонкой чешуйкой. При диаскопии узелок не просвечивает, как при волчанке, и при испытании зондом ощущается значительное сопротивление. Узелок окружен узкой красной каёмкой. Вследствие склонности к периферическому росту, узелок увеличивается в размерах, причем в центре инфильтрат становится наощупь довольно плотным, шероховатым, с маленькими шипиками или роговыми чешуйками на поверхности. В дальнейшем всё больше выявляется бородавчатое разрастание в центральной части поражения, которое представляет уже плотную, как бы потрескавшуюся массу сосочков, окруженных периферическим синевато-красным широким валом. Эта периферическая часть темно-красного цвета часто покрыта серыми плотными чешуйками, а за ней обозначаются еще и третья зона красной гладкой кожи с круговидными и полициклическими краями. При надавливании выделяются капельки гноя из краевых зон. Таким образом, на высоте развития обычно в поражении различаются три зоны:

- **периферическая эритематозная зона** – гладкая, ровная с несколько блестящей кожей;

- **средняя зона** – темно-фиолетового цвета, при давлении стеклом желтоватая, со значительной инфильтрацией, покрытая корками и чешуйками; при давлении часто можно выдавить капельки гноя;

- **центральная зона** – грязно-серого цвета, плотная, покрытая папилломатозными разрастаниями, с трещинами и бороздами между сосочками и плотными роговыми чешуйками; при отпадении чешуек или сосочков поверхность имеет решетообразный вид.

В некоторых случаях вся поверхность поражения покрыта плотными чешуйками; в таком состоянии поражение может оставаться продолжительное время, даже многие годы. Обычно имеется склонность к заживлению, сосочки отпадают, центральная часть несколько западает и рубцуется белым, гладким, ровным рубцом, не давая в будущем рецидивов. В некоторых случаях на рубцах остаются типичные для волчанки бугорки; в других краевых зонах наступает изъязвление, и картина напоминает язвенно-серпегинирующую волчанку. Поражение обычно одиночное, иногда – несколько рядом расположенных очагов, безболезнен-

ное, чувствительное при давлении. Локализация – на конечностях, чаще – на кистях, на тыльной поверхности, на пальцах, межпальцевых промежутках; реже – на ладонях и локтях; еще реже – на стопах. Крайне редки другие локализации: ягодицы, анус, шея, подмышечные впадины, лицо, слизистые и язык.

Трупный бугорок (бугорок анатомов) расположен большей частью на пальцах, чаще – на тыле. Обычно через 8-10 дней после заражения на пальце появляется маленький, плотный, красный, безболезненный узелок, который постепенно и довольно быстро увеличивается в объеме и окружается красной, с желтым оттенком, каймой. Вследствие развития гиперкератоза поверхность покрывается чешуйками, а центр вдавливается, папилломатозно разрастается и покрывается маленькими возвышающимися сосочками с плотно приставшими к ним корками, округлой или серпигинозной формы. В дальнейшем поражение в центре изъязвляется вследствие вскрытия маленьких подлежащих абсцессов, и образуется небольшая язва, покрытая плотной коркой, а по периферии – папилломатоз. Поражение болезненное при пальпации, осложняется лимфангоитом и лимфаденитом, которые могут заканчиваться нагноением. Иногда наступает генерализация туберкулёзной инфекции.

Редко встречается келоидоподобные, склеротические, деструктивные, вегетирующие (фунгозные) формы, а также очаги, сходные с веррукозной туберкулёзной волчанкой.

Общее состояние больных обычно не нарушается; субъективные расстройства отсутствуют; туберкулиновые пробы – положительные. Часто у больных одновременно регистрируется туберкулёз легких. Течение хроническое, прогноз благоприятный. Это наиболее доброкачественная форма туберкулёза.

Дифференциальный диагноз:

- простые бородавки;
- бородавчатый плоский лишай;
- *akanthosis nigricans*;
- вегетирующая пиодермия;
- болезнь Галлопо;
- вегетирующие формы сифилидов;
- споротрихоз;
- бластомикоз;
- узловатые формы трихофитии;
- лейшманиоз;
- бромодерма, йододерма, гиперергия к рту-

ти;

- спиноцеллюлярный рак.

6.1.1.4 Туберкулёз кожи колликувативный (скрофулодерма) развивается вследствие гематогенной диссеминации микобактерий из первичного очага при сниженной сопротивляемости организма. В отличие от вторичной скрофулодермы, здесь нет связи с туберкулёзом лимфатических узлов. Однако бывают и смешанные формы.

Клиническая картина. Скрофулодерма начинается с небольших безболезненных плотных узлов, расположенных в глубоких отделах кожи или в подкожной клетчатке. Узлы резко ограниченные, округлой формы, вначале не спаянные с кожей; кожа над ними имеет нормальный вид, подвижна. Они могут быть одиночными или сразу появляется группа их из нескольких узлов. Узлы быстро увеличиваются в объеме, отдельные узлы спаиваются и сливаются между собой, а лежащие поверхностно спаиваются с кожей, и она приобретает синевато-красный оттенок, несколько отечна.

Постоянно увеличиваясь в объеме, узлы начинают выступать в виде ограниченных, округлой формы опухолей из-под кожи. Поверхность кожи всё более синюшна, а при давлении стеклом появляется сплошной желто-бурый цвет. При ощупывании определяется размягчение, которое остается в таком состоянии длительное время, не причиняя болей (холодные абсцессы). В дальнейшем кожа под ними истончается, изъязвляется, и через образовавшееся отверстие выделяется гнойная масса серо-зеленого или фиолетового цвета, часто с примесью крови или крупинками некротической массы. Образуются корки, которые закрывают отверстие, и под ними вновь накапливается гнойная масса. В других случаях вследствие некроза отверстие увеличивается, и обнажается изъязвление. Размягчившиеся узлы могут сливаться, и общее отверстие расширяется, как и язва; или их ходы, по которым выделяется отделяемое, сливаются, и образуются фистулезные ходы в глубине узлов. Старые изъязвления рубцуются, а по периферии образуются новые узлы и новые язвы, и поражение принимает серпигинирующий (ползущий) характер. Язвы бывают различной величины, поверхностные или глубокие, неправильной формы; края подрытые, синевато-красного цвета, с грязно-серым гранулирующим дном. Более глубокие гуммы исходят из подкожной

клетчатки и даже из подлежащих органов.

Чаще исходным органом является лимфатическая система – сосуды и железы:

- в первом случае клинически имеется нераспознанный туберкулёзный лимфангоит с образованием уплотненных узлов по ходу лимфатического сосуда; эти узлы спаиваются с кожей и окружающей тканью, увеличиваются, размягчаются, перфорируются и образуют фистулезные ходы, которые могут соединяться между собой; при этом может произойти значительное расширение ходов и увеличение гнойного отделяемого;

- в других случаях исходным органом могут быть лимфатические узлы, которые претерпевают те же изменения, что и лимфатические сосуды; увеличенный плотный туберкулёзно измененный узел может оставаться продолжительное время неактивным, и лишь под влиянием изменений условий внешней среды или воздействия раздражителя процесс активируется, железа размягчается, нагнаивается и т.д.; иногда исходным органом является костная система, а особенно надкостница (чаще всего ключица или грудина).

Характерной особенностью скрофулодермы является склонность к самозаживлению, рубцеванию. Рубцы характерны тем, что они неправильной формы, поверхностные, линейные, с неровной поверхностью, частью склерозированы, иногда с келоидным характером. Между рубцами располагаются тяжи из нормальной кожи, и под ними проходит зонд («мостикообразные рубцы»); под ними иногда бывают рубцующиеся комедоны. Иногда рубцы бывают втянутые на фоне не вскрывшихся узлов. Довольно часто на рубцах и вокруг них возникают типичные люповзные узелки. Комбинация скрофулодермы и волчанки встречается нередко. Описаны случаи сочетания скрофулодермы с лихеноидным и папуло-некротическим туберкулёзом.

Типичная локализация скрофулодермы: шея, подбородок, грудь, лицо, реже – конечности и спина, слизистые оболочки, подмышечные впадины. Обычно узлы одиночные, но бывают и множественные.

Патогенез скрофулодермы: заболевают в детском возрасте, взрослые – реже. Общее состояние не нарушается. Активный туберкулёз других органов (чаще легких) бывает редко.

При множественных очагах скрофулодермы

развивается анемия (туберкулёзная интоксикация) и даже общая диссеминация туберкулёза. Резко положительная проба Пиркетта.

По мнению большинства исследователей, скрофулодерма – это типичная форма туберкулёза кожи, возникающая преимущественно *per continuitatem*, т.е. переход с соседних органов; но это не обязательно. Встречается скрофулодерма и после травм, возможно внесение инфекции извне, но прямых доказательств этого нет; даже описывали скрофулодерму после туберкулиновых проб, поэтому травму следует расценивать как разрешающий фактор. Но иногда нет данных распространения инфекции *per continuitatem*, на внесение её экзогенно. Это случаи развития множественных рассеянных (диссеминированных) узлов, носящих характер общего высыпания, которые должны быть отнесены к типу инфекции эндогенного (гематогенного или лимфогенного) характера, а источник инфекции не установлен.

Основными факторами в развитии заболевания являются наличие туберкулёзных палочек в организме, определенное состояние аллергии и воздействие разрешающего фактора. Одним из важных вспомогательных факторов, имеющих определенное значение в развитии скрофулодермы, – это локализация.

Дифференциальный диагноз:

- третичный сифилис;
- споротрихоз;
- актиномикоз;
- пиодермия;
- индуративная эритема Базена.

6.1.1.5 Язвенный туберкулёз кожи всегда возникает вторично у больных, страдающих туберкулёзом внутренних органов (легких, кишечника). Локализация – преимущественно на слизистых рта и заднего прохода, на окружающей эти полости коже и гораздо реже – на других участках кожи. Он близко стоит к язвенной туберкулёзной волчанке, но отличается от нее более резко выраженной склонностью к распаду и изъязвлению, слабой склонностью к заживлению и большей устойчивостью к терапевтическим мероприятиям. С другой стороны, язвенный туберкулёз кожи считается формой, близкой к милиарному туберкулёзу кожи, развивающейся при иммунодефиците и аллергии.

Клиническая картина. Заболевание начинается с появления элементов величиной с була-

вочную головку (милиарных), плотных, округлой формы, ярко-красного цвета, в виде узелков, которые быстро размягчаются, изъязвляются. Язва постепенно увеличивается путем слияния с соседними элементами и распространяется в глубину. В стадии полного развития – язва величиной с 25-копеечную монету, имеет округлую или овальную форму, со следами слившихся язв, с извилистыми, круто обрезанными, возвышенными, часто – зубчатыми краями. Язва ограничена от здоровой кожи воспалительным ободком бледно-розового цвета. Дно неровное, зернистое, иногда бугристое, красно-серого цвета, состоящее из грануляционной ткани, иногда с точечными кровоизлияниями или небольшим гнойным налетом. На дне и по краям можно обнаружить желтые или серо-желтые зернышки Треля – это характерные милиарные бугорки (мельчайшие абсцессы). При пальпации – легкая инфильтрация подлежащих тканей, которые сохраняют мягкость, податливость. Плотные грануляции обычно медленно размягчаются, подвергаясь гнойному расплавлению, так что на дне язвы можно увидеть мелкие абсцессы, которые затем вскрываются. Вглубь тканей процесс редко распространяется; но иногда процесс идет в гиподерму и в перианальные области, образуя глубокие фистулезные ходы. Гнойного отделяемого мало, в нем легко обнаруживают туберкулезную палочку. Течение очень медленное, часто бывают периоды ослабления и приостановки распространения процесса, чередующиеся с его прогрессированием. Самопроизвольное заживление с рубцеванием наблюдается редко. Субъективные явления мало выражены, имеется чувствительность и болезненность при давлении. Одновременно отмечается лимфаденопатия.

Встречаются и атипичные формы:

- атипичные формы, которые наблюдаются у молодых женщин, страдающих вялыми формами легочного туберкулеза или кожными «туберкулоидами»; язвы располагаются на одном или нескольких участках кожи, шеи, груди, плеча, паха, бедер, подъема стопы; имеют круглую, овальную или полициклическую форму и различные размеры (до величины ладони); язвы темно-красного или фиолетового цвета, имеют неправильные края, частью отвесные, частью подрывные, с сероватым или ярко-красным бугристым дном, без желтых точек и люпозных узелков; основание язв несколько инфильтри-

ровано, но не уплотнено; язвы безболезненные, течение вялое, медленное;

- атипичная форма туберкулезных язв фagedенического характера с быстрым развитием и значительным разрушением всех слоев кожи до апоневроза и мышц; поражение развивается у больных тяжелым туберкулезным процессом в стадии кахексии;

- атипичная форма, когда язва принимает характер вегетирующей; встречается на поверхности вульвы и ануса в виде опухолей темно-красного или синеватого цвета, плотной консистенции с изъязвлениями;

- атипичные формы – фрамбезиформные в виде широких, мягких, растянутых бляшек, папилломатозно разросшихся, расположенных в перигенитальной области;

- атипичная форма в виде фунгозного (грибовидного туберкулеза) с поражением на одной части туловища, лице, конечностях в виде очень мягких узелков или дольчатых опухолей различной величины, единичных или множественных, местами язвенно распавшихся, или в виде ограниченных возвышенных бляшек с сосочками, или грибовидно разросшихся, гладких или изъязвленных, местами покрытых корками, местами рубцово измененных.

Патогенез: для этой формы туберкулеза характерны аутоинокуляция или суперинфекция за счет наличия активного туберкулеза, с выделением большого количества туберкулезных палочек с мокротой, мочой, калом; типичная локализация. При этом отмечается иммуносупрессия с отрицательными туберкулиновыми тестами (отрицательная анергия). Играют роль и мелкие травмы.

Локализация:

- губы (язвы по срединной линии или по бокам в виде линейных трещин с подрывными рваными краями; трещины распространяются по периферии и в глубину; отмечается болезненность, слюнотечение, лимфаденит);

- слюнные железы (отек и безболезненные уплотненные тяжи спаянных лимфоузлов);

- десны (набухают и дугообразно выгибаются, рыхлые, кровоточащие, болезненные; есть изъязвления, с зернистым дном, с подрывными тонкими, местами вздутыми утолщенными краями; углубление язвы вызывает разрушение мягкой части, поражение периодонта и кости с расшатыванием и выпадением зубов);

- нёбо (на задней части нёба в области мяг-

кого нёба и язычка, реже – в средней части свода – покраснение, инфильтрация с переходом в поверхностную язву; слюнотечение, болезненность глотания; на боковых поверхностях – трещины и эрозии с подвернутыми внутрь краями; переходит в язву с неправильными подрытыми краями);

- язык (в виде туберкуломы, туберкулёзных язв и диссеминированных изъязвлений);

- слизистая оболочка щек (в углах рта или в месте перехода щеки в мягкое нёбо – язвы, не отличающиеся какими бы то ни было особенностями; очень сходны с сифилитическими язвами и гуммами);

- область ануса (язвы на границе слизистой и кожи; распространяются по поверхности, трудно определяемые, довольно обширные; иногда распространяются вглубь с образованием фистулезных ходов, иногда переходят на половые органы; болезненные; течение медленное и длительное).

Дифференциальная диагностика:

- сифилитические поражения;
- другие туберкулёзные поражения;
- атипичные формы карциномы.

Саркоиды

6.1.1.6 Кожные саркоиды (люпоиды Бека).

Бек, давший подробное описание этой редкой разновидности туберкулоидов, различает три формы люпоидов:

- рассеянный мелкоузелковый;
- крупноузелковый очаговый;
- диффузно-инфильтративный.

Мелкоузелковый или милиарный люпоид Бека вначале состоит из мелких, величиной с просеянное зерно до горошины, возвышающихся над кожей, полукруглых, ограниченных узелков, розоватых с легким синеватым или чаще каштановым оттенком, расположенных в дерме. Элементы плотноэластической консистенции, кожа под ними гладкая или иногда покрыта тонкими чешуйками. При надавливании стеклом – симптом «яблочного желе», но менее прозрачен, чем при волчанке. Высыпания множественные, симметричные, часто на лице, но бывают и на других участках кожи (грудь, лопатка, конечности, волосистая часть головы). Высыпания узелков происходит вначале довольно быстро, сопровождаясь зудом, а затем развитие их продолжается медленно. Узелки разрастаются, сливаются с соседними, одновременно появляются

новые узелки, и всё поражение может принять характер отдельных, большей или меньшей величины, сплошных, монетообразных, несколько уплотненных пятен бурого цвета с кофейным или шоколадным оттенком. Нет склонности к нагноению или изъязвлению. Даже без лечения они постепенно и медленно уплотняются и исчезают, оставляя малозаметный, атрофический, часто пигментированный рубец с тонкими чешуйками и телеангиэктазиями.

Крупноузелковый или кожный люпоид Бека. Высыпания – немногочисленные, крупные (до грецкого ореха), выступающие над уровнем кожи, полукруглые, иногда неправильной формы, расположенные в дерме узлы. Цвет над ними красноватобурый или коричневый; мягкой пастозной консистенции. При давлении стеклом просвечивают мелкие непрозрачные пятнышки. Локализация: лоб, нос, щеки, плечи, предплечья. Затем – регресс со слегка возвышающимися над кожей краями; желто-бурого цвета, слегка шелушатся, центр западает; окрашиваются в синеватый оттенок и пронизываются многочисленными веточками расширенных сосудов. Заканчивается процесс полным рассасыванием инфильтрата, пигментацией или телеангиэктазиями, рубцами; нет нагноения, размягчения и изъязвления.

Диффузно-инфильтративный саркоид встречается значительно реже, чем две предыдущие формы, и часто бывает с ними в комбинации. Проявляется в виде нерезко ограниченных, мало возвышающихся над кожей, плотных наощупь, расположенных в дерме инфильтратов (бляшек) красноватого цвета, а в дальнейшем приобретает синеватый или коричневый оттенок, величиной до ладони. В большинстве случаев люпоид Бека начинается с диффузной красноты, сопровождается зудом, а затем высыпают мелкие узелки, а потом – и крупные узлы. Иногда начинается сразу с мелких или крупных узелков без субъективных ощущений. Течение медленное, хроническое, но менее длительное, чем при волчанке. Редко бывают множественные поражения. Через несколько месяцев высыпания рассасываются, и остается легкий атрофический рубец, пигментация. Встречаются и рецидивы. Общее состояние не страдает. Субъективных ощущений нет. Редко сочетается с активными формами туберкулёза. Описаны саркоиды на слизистых оболочках: бело-опаловые плотные узелки, окруженные гиперемирован-

ным ободком. В дальнейшем имеет вид бледно-желтых бляшек и возвышается над кожей. Нередко появляется гипертрофический процесс и изъязвления, оставаясь плотными; отмечается сужение полости носа. Часто поражаются лимфатические узлы, но размягчения и нагноения не бывает.

Изменения костного аппарата – видимые на рентгеновских снимках ограниченные просветления (пустоты) овальной или круглой формы в костях концевых фаланг кистей и стоп, реже – в других костях. Бывают даже разрушения костей, с мутацией.

Бывают изменения глаз: иридоциклиты, хориоидиты, ириты, экссудат в передней камере и в стекловидном теле.

Отмечены изменения во внутренних органах: в легких – затенение и тяжи с «мраморным видом»; описана при этом анетодермия.

Дифференциальная диагностика:

- туберкулёзная волчанка;
- угревая болезнь;
- бугорковый сифилис;
- лепра.

Подкожные саркоиды:

- подкожные саркоиды Дарье-Русси;
- рассеянные узловатые саркоиды Дарье.

Клиническая картина. Эти две клинические формы очень сходны.

Подкожные саркоиды Дарье-Русси вначале представлены маленькими безболезненными узелками, величиной с горошину и до мелкого орешка, развивающимися в подкожной клетчатке. Вначале кожа над ними нормального цвета, а затем становится ливидно-красной, напряженной, приподнятой. Узлы увеличиваются, часто сливаются между собой, до крупного ореха, образуя обширные, неровные выпуклые бляшки или узловатые шнуры. Узлы сливаются с кожей, которая приобретает оранжевый или бледно-розовый оттенок и плотность. Развитие медленное, хроническое, иногда подострое. Образуются крупные, плотные подкожные опухоли, которые никогда не подвергаются некрозу, нагноению или изъязвлению. Иногда в центре регресс, а по краю – дальнейшее распространение. Локализация – область лопаток, ребер и боковая поверхность туловища, бедра; нижняя часть живота; кисти, предплечья, голени, в/ч головы. Одинаково часто встречаются у лиц обоих полов, а также у детей.

Узловатые рассеянные саркоиды Дарье состоят из появившихся постепенно, часто приступами, отдельных подкожных узелков и узлов, располагающихся симметрично на разгибательной поверхности конечностей, на туловище или

на лице. Количество узлов – 10-30. Кожа над узлами нормальной окраски или принимает розовый или коричнево-синеватый оттенок; может быть слегка приподнята или, наоборот, вдавлена и дает феномен «апельсиновой корки». Редко на поверхности их имеется эрозирование и образование небольшого углубления с коркой. Течение длительное; иногда они самопроизвольно исчезают; никогда не размягчаются и не изъязвляются. Описаны сочетания саркоидов с другими формами туберкулёза.

Ангиолопоид. Локализация – на лице или в области носа. Количество очагов – 1-5, размерами 2-3 см. Состоит из возвышающихся над кожей узелков округлой или овальной формы – бляшек, резко ограниченных от окружающей кожи, с гладкой или слегка бугристой поверхностью, иногда с незначительным западением в центре и возвышением по периферии. Характерна окраска: красная с синюшным оттенком и желтыми крапинками. При давлении стеклом – феномен «яблочного желе». Поверхность бляшек – гладкая, без шелушения, слегка истончена и пронизана тонкими телеангиэктазиями. При пальпации – мягкий вязкий инфильтрат. Субъективных ощущений нет. Течение медленное, доброкачественное, без регресса; резистентность к терапии.

Chilblain-lupus является переходной формой к красной волчанке. Болеют чаще женщины. Начинается с небольших багрово-красных пятен, потом – различной величины папул с углублениями в центре, напоминающих папулонекротический туберкулёз, но с синева-красной каймой; на поверхности – небольшой гиперкератоз и роговая атрофия. Нет симптома «яблочного желе». Папулы сливаются, и формируются отдельные синева-багровые, отечные, как при отморожениях, пятна с сидящими на них резко ограниченными бляшками, похожими на псориазные, плотные, инфильтрированные, покрытые чешуйками; в центре – небольшое некротическое вдавление. При заживлении остаются синева-багровые пятна с белыми поверхностными рубцами в центре, иногда с телеангиэктазиями. Локализация – пальцы рук, ушные раковины. Бывает туберкулёз других органов.

Lupus-pernio. Поражение состоит из нерезко ограниченных, возвышающихся над кожей очагов отечной припухлости синева-красного, багрового цвета, с гладкой, иногда блестящей поверхностью, мягковатой консистенции. При давлении стеклом просвечивает, как при волчанке, диффузная или в виде отдельных пятен желто-бурая окраска инфильтрата, но пятна

в виде «пылинок» – более мелкие, чем при волчанке. При давлении стеклом обнаруживаются мелкие телеангиэктазии. Кожа вокруг имеет тестоватую консистенцию. Локализация: нос, щеки, веки, ушные раковины, кисти рук; располагаются симметрично. Заболевание отмечается в основном у взрослых и длится несколько лет; иногда – изъязвления, рубцы.

Ремиссии – в жаркое время года и обострения – в холодное.

Иногда бывают поражения слизистых полости рта и носа, фаланг пальцев. При рентгенографии – в костях фаланг зоны обызвествления. Отмечается увеличение лимфатических узлов, гипертрофия легких; в крови – мононуклеоз.

Туберкулёзные палочки в тканях не обнаруживаются, прививки животным – отрицательные. Туберкулиновые реакции – отрицательные. Большинство авторов считает это заболевание туберкулидом.

Блестящий лихен (блестящая гранулема). Характерным морфологическим элементом является величиной с булавочную головку, резко ограниченная, слегка возвышенная, гладкая, блестящая папула округлой или полигональной формы, цвета нормальной кожи или желтоватого, желтовато-бурого цвета. Папула как бы «прозрачная», с виду похожа на пузырек или зерна саго. При давлении стеклом просвечивает, как при волчанке, буроватое прозрачное пятнышко. Обычно высыпание состоит из нескольких пятен, расположенных беспорядочно на нормальной коже, без склонности к слиянию и группировке. Предпочтительная локализация – половые органы у мужчин; но бывают на коленных и локтевых суставах, редко – на слизистых.

Иногда узелки сливаются, образуя сплошное поражение, напоминая экзему, иногда поражение принимает универсальный характер.

Субъективно: никаких ощущений нет. Существует несколько месяцев и бесследно исчезает.

Описаны сочетания его с туберкулёзом других органов; тесты с туберкулином – отрицательные. Этиология заболевания спорная.

Розацеаподобный туберкулёз кожи характеризуется высыпанием на лице, особенно на щеках и на лбу, узелков размером от булавочной головки до конопляного зерна, часто в значительном количестве. Узелки желтовато-коричневого цвета, не вполне исчезают при давлении покровным стеклом. Одновременно отмечается синевато-красный цвет лица и наличие телеангиэктазий, придающий дерматозу сходство с розацеа. Чаше встречается у пожилых людей.

Кольцевидная гранулема. Некоторые авторы относят дерматоз к разновидностям туберкулёза кожи. Клинически: появление плотного болезненного узелка размером с горошину, который увеличивается и постепенно принимает кольцевидную форму. Наиболее частая локализация – тыльная поверхность пальцев рук; бывает и на других участках кожи.

Туберкулёзный лимфогранулематоз. Это заболевание представляет собой туберкулоидное множественное гранулематозное поражение лимфатических узлов с последующим казеозным распадом. Клинически: множественное увеличение лимфатических узлов, спаянных с кожей; размягчение, вскрытие с выделением гнойно-творожистых масс, общей интоксикацией с высокой температурой и нарастающим упадком сил с летальным исходом.

6.1.2 Диссеминированные формы

6.1.2.1 Острый милиарный туберкулёз кожи клинически протекает разнообразно в связи с возрастом и быстрой диссеминацией туберкулёзных палочек в организме. Отмечается поражение различных органов; наблюдается склонность к казеозу.

Высыпания на коже в виде мелких, несколько сходных с пурпурой папул, правильно округлой или овальной формы, размером с чечевицу, слегка приподнятых над окружающей кожей, красновато-бурого цвета, иногда с фиолетовым оттенком, не исчезающих при давлении стеклом. Некоторые папулы – с вдавлением в центре в виде точки, а иногда вся центральная часть вдавлена и окружена слегка возвышенным темно-бурым валиком. Некоторые папулы в центре изъязвлены и покрыты темно-красной или желтоватой корочкой, из-под которой выдавливается желтоватого цвета казеозная масса. Другие папулы представляются эрозированными, как бы покрытыми геморрагическим налетом. Картина близка к папулонекротическому туберкулёзу. Папулы рассеяны по всему кожному покрову, кроме лица. Иногда встречаются мягкие бугорки; при давлении стеклом на них – темно-бурое пятно. Иногда папулы напоминают пустулы, рупии. Общее состояние больных тяжелое. Дети стонут, бледные, худые, с высокой температурой; отмечается кашель, плач.

Часто сопутствует туберкулёз внутренних органов.

Течение тяжелое и прогноз неблагоприятный, так как у больных наблюдается быстро прогрессирующий туберкулёз легких и других органов. Более благоприятно протекают хронические формы.

6.1.2.2 Лихеноидный туберкулёз кожи ха-

рактеризуется высыпанием небольших, величиной с булавочную головку или просяное зерно, округлой формы, мягких папул бледно-желтого или буро-красного цвета, слегка возвышающихся над кожей; при давлении нет феномена «яблочного желе». Папулы покрыты небольшой чешуйкой. На вершине папулы есть отверстие фолликула или пушковый волос, пронизывающий чешуйку. Некоторые папулы – более темные, полигональной формы; некоторые – конические, слегка возвышенные, розоватой окраски, покрыты роговой чешуйкой с обломанным волосом в центре.

В других случаях в центре папулы появляется пузырек, переходящий в пустулу; напоминает акнеподобные некротические формы, являющиеся переходными к папулонекротическому туберкулёзу. Описан тип лихеноидных высыпаний желтоватого цвета, округлой формы, без узелков, в виде эритематозных пятен.

Течение обычно доброкачественное, субъективно – зуд, болей, жжения нет; общее состояние не страдает. Папулы через 3-6 недель рассасываются, не оставляя следов; иногда остаются белые или пигментированные поверхностные рубцы. Есть склонность к рецидивам.

Локализация: туловище, грудь, спина, реже – живот.

Имеется склонность к группировке; могут сливаться и образовывать большие сплошные участки; иногда располагаются беспорядочно.

Встречается в основном в детском возрасте. Появляется незаметно для больного, часто при наличии туберкулёза других органов.

На туберкулин реакции – резко положительные.

Дифференциальный диагноз:

- лихеноидный сифилис;
- трихофития;
- красный плоский лишай;
- *lichen pilaris*;
- милиарный диссеминированный туберкулёз;
- туберкулёзная волчанка.

6.1.2.3 Милиарный диссеминированный люповозный острый туберкулёз (милиарная диссеминированная волчанка кожи).

Клинические проявления: изолированные, небольшие (с конопляное зерно), милиарные, желто- или буро-красного цвета, просвечивающие папулы, расположенные единично или группами, большей частью на лице. Поверхность папул гладкая, слегка лоснящаяся, покрыта желтоватыми чешуйками. Некоторые папулы сходны с пустулами при угревой болезни, но никогда не гноятся, и выдавливать гной не удается.

При диаскопии – симптом «яблочного желе»; зонд легко проникает в инфильтрат вглубь ткани. Папулы не склонны к слиянию или периферическому росту, остаются изолированными одна от другой, хотя и густо расположенными в одном и том же состоянии месяцами. Излечение самопроизвольное с формированием пигментированных рубцов. Типичная локализация: лицо, в/ч головы и шея, редко – на конечностях. Слизистые не поражаются. Высыпания появляются в виде острого приступа с большим числом элементов уже в первый день, потом затихание на 2-4 месяца; потом второй и даже третий приступ высыпаний. Через 4-5 месяцев – регресс. Общее состояние не нарушается. В анамнезе – туберкулёз в неактивной форме. Иногда сочетается с другими формами туберкулёза. Возраст больных – около 20-30 лет, реже – в старшем возрасте.

Дифференциальный диагноз:

- угревая болезнь;
- розовые угри;
- папулезный сифилис;
- милиарная волчанка.

6.1.2.4 Папуло некротический туберкулёз кожи. Клинически различают две формы папулонекротического туберкулёза: поверхностную и глубокую.

При **поверхностной форме** появляется небольшая, величиной с конопляное зерно, воспалительная папула плотной консистенции, бледного цвета, выступающая в виде плоского или полушаровидного образования над поверхностью кожи. Цвет вначале красноватый, скоро принимает синеватый или бурый оттенок. Затем в центре капсулы образуется желтое пятно или возвышение, похожее на гнойничок; но при прокалывании выделяется немного серозной жидкости, а при выдавливании – некротическая масса. Если папулу не выдавливать, то над ней образуется небольшая корочка желтоватого или бурого цвета, а в центре папула уплощается и образует пупкообразное вдавление. Корка снимается с трудом и под ней обозначается кратерообразное, слегка кровоточащее углубление или небольшая, округлой формы, язва с круглыми краями. При заживлении остается характерный беловатый рубчик, похожий на оспенный, слегка вдавленный, окруженный пигментацией. Общее состояние не нарушено. Папулы рассеяны беспорядочно, иногда серпигиозно, круговидно.

Типичная локализация – конечности, разгибательные поверхности голеней, бедер, плеча, предплечий; колена; локти, тыл кистей, подошв, ягодицы. Реже – на других участках (лицо, уши,

половые органы, туловище). Бывают случаи универсальных высыпаний.

Течение различное:

- иногда высыпание регрессирует и за 6-8 недель исчезает; иногда не доходит до некроза и исчезает бесследно;

- иногда отмечается затяжное течение с периодами вспышек и затихания; отмечается сезонность и зависимость от менструаций; может держаться несколько лет;

- иногда, наряду с типичными, встречаются и атипичные, слабо выражены некротические процессы; папулы в виде ярко-красных, а впоследствии темно-серых или синеватых узелков, покрытых корками, под которыми видно легкое вдавление;

- иногда некроз выступает на первое место: папулы на верхних конечностях, крупные, округлой или удлинённой формы с большим вдавлением в центре, потом – рубец атрофический, покрытый коркой с красной воспалительной каймой в окружности.

В других случаях происходит пустулизация – это **глубокая форма папулонекротического туберкулёза**. Начинается с маленьких округлых плотных узелков величиной с просынное зерно, расположенных в подкожной клетчатке, не спаянных с окружающей тканью. Затем узелки увеличиваются до горошины, кожа над ними краснеет с багровым отливом, в центре – размягчение (некроз), перфорация и выделение гнойной массы, которая засыхает в корочку желто-бурого цвета. Через несколько дней корка отторгается, инфильтрация рассасывается, оставляя вдавленный рубец с буровой каемкой. Типичная локализация: лоб, виски.

Встречаются туберкулоиды в виде акнеформных высыпаний на спине, голове, груди, конечностях, половых органах. Иногда папулы сходны с мелкими (лихеноидными) папулами или с диссеминированной милиарной волчанкой.

Папулонекротический туберкулёз нередко комбинируется с другими формами кожного туберкулёза.

Диагностика не представляет сложности; необходимо дифференцировать от:

- вторичного и третичного сифилиса;
- простой волчанки;
- угревой болезни;
- красного плоского лишая.

6.1.2.5 Индуративный туберкулёз кожи (эритема уплотнённая Базена). В основе заболевания лежит дермогиподермальный аллергический васкулит, вызванный повышенной чувствительностью к микобактериям, которые попадают в кожу преимущественно гематогенно. Развивается заболевание в основном у девушек

и молодых женщин, страдающих нарушениями периферического кровообращения, гормональными дисфункциями, в первую очередь, гипофункцией половых желез. Провоцирующим фактором является длительное пребывание на ногах.

Индуративная эритема проявляется узлами, расположенными обычно в подкожной жировой клетчатке голени, с покрасневшей кожей над ними, преимущественно у женщин с малоактивным туберкулёзом лимфатических узлов. Узлы самопроизвольно рассасываются летом и рецидивируют весной и осенью.

У некоторых больных отмечаются узлы на голенях, бедрах, туловище и верхних конечностях; чаще на голенях; иногда множественные. Крайне редко выступают над уровнем кожи и заметны на расстоянии; определяются хорошо только пальпаторно. Кожа изменяется не над всеми узлами: ярко-красная, бледно-красноватая, с синюшным и коричневатым оттенком с переходом в кожу нормального цвета. Отмечается местное повышение температуры. Цвет зависит от длительности заболевания, глубины залегания узла, от вовлечения в процесс дермы. Гиперпигментация после рассасывания узла держится недолго. Размер узлов – от вишни до куриного яйца; форма – округло-овальная. Плоские инфильтраты могут быть неправильной формы с полициклическими очертаниями. После рассасывания узла – гиперпигментированный рубец; в дальнейшем он депигментируется.

Возникновение заболевания – в осенне-весенний период.

Прогноз для выздоровления – благоприятный, хотя даже при лечении регресс идет медленно. Могут быть поздние рецидивы, иногда через несколько лет. Течение длительное, редко бывает изъязвление узла.

Дифференциальный диагноз:

- узловатая эритема;
- саркоидоз;
- узловатая стрептодермия;
- мигрирующая форма гиподермитов;
- панникулит;
- подкожный липогранулематоз;
- узловатый аллергический васкулит;
- синдром Кезаля;
- синдром Маргорелла;
- трехсимптомная болезнь Гужеро–Дюперра;
- некротический узловатый аллергид;
- ознобыш;
- мигрирующий тромбофлебит;
- узловато-язвенный флебит;
- гуммозный сифилис;
- другие формы туберкулёза.

Диагностика туберкулёза

Распознавание туберкулёза кожи и подкожной клетчатки основывается на данных анамнеза, клинической картины, результатов биологических проб (заражение животных, патогистологическая картина, кожные реакции на туберкулин, наличие сопутствующего туберкулёза других органов).

Лечение туберкулёза кожи

В Украине лечение больных туберкулёзом организовано в соответствии с приказом МЗ Украины от 28.10.2003 г. № 499, который является базовым в лечении туберкулёза, а также дополнительным приказом МЗ Украины от 28.12.2002 г. № 507.

Соответственно этим приказам, туберкулёз кожи и подкожной клетчатки лечится по следующей схеме:

- на протяжении первых двух месяцев – изониазид, рифампицин, пиразинамид ежедневно.
- в последующие 4 месяца – изониазид и рифампицин ежедневно или через день.

Основной курс лечения составляет 6 месяцев.

При стойкости МБТ к одному-двум или более основным препаратам, эти лекарства заменяют в вышеприведенном режиме химиотерапии на резервные препараты:

- при стойкости к изониазиду его заменяют на этионамид (протионамид) или препарат из фторхинолов (офлоксацин, цiproфлоксацин, нефлоксацин и т.д.); возможно и применение изониазида, но в интермиттирующем режиме и в соединении с не менее чем тремя препаратами, к которым сохранилась чувствительность МБТ;

- при стойкости к рифампицину его заменяют на препарат фторхиноловой группы, этинамид (протионамид) и другие резервные препараты;

- при стойкости к стрептомицину – на канамицин или амикацин, каприомицин.

В настоящее время проводится комплексное лечение, т.е. сочетание комбинированной антимикобактериотерапии (КАМБТ), применение патогенетических средств.

Лечение больных туберкулёзом должно быть комплексным, непрерывным, длительным, проводиться с учетом теоретических основ химиотерапии при туберкулёзе и предусматривать стационарные, амбулаторные и санаторно-курортные этапы, а также местное лечение.

Основные противотуберкулёзные препараты разделяются на две группы:

- основные противотуберкулёзные препараты:

- 1) стрептомицин;
- 2) тубазид;
- 3) фтивазид;
- 4) самозид;
- 5) метазид;
- 6) ПАСК;
- 7) рифампицин;

- резервная группа:

- 1) тибон;
- 2) этионамид;
- 3) пиразинамид;
- 4) этамбутол;
- 5) циклосерин;
- 6) виомицин;
- 7) канамицин.

Патогенетическое лечение включает:

- рациональное питание;
- инсулин;
- анаболические стероиды;
- кокарбоксилазу;
- АТФ;
- липоевую кислоту;
- поливитамины;
- растворы электролитов;
- переливание крови, плазмы;
- альбумин;
- протеин;
- иммуномодуляторы:
 - 1) левамизол;
 - 2) этимизол;
 - 3) нуклеинат натрия;
 - 4) вилорен;
 - 5) спленин;
 - 6) интерферон;
 - 7) нидометацин;
 - 8) иммунофан;
 - 9) имускорин.

Применяются также:

- туберкулин;
 - кортикостероиды;
 - пирогенал;
 - лидаза;
 - гиалуронидаза;
 - нестероидные противовоспалительные препараты;
 - антиоксиданты;
 - антигистаминные препараты;
 - ингибиторы протеолитических ферментов.
- Кроме того, используются:
- препараты, улучшающие периферическое кровообращение (главенол, пентоксифиллин, пентилин и др.);
 - энтеросорбенты;
 - витамины;
 - физиотерапия, озонотерапия, гелиотерапия.