



# ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ. ЛЕПРА.


Доцент, к.м.н. кафедры дерматовенерологии Иванова И.Н.

# Анамнез

- Заболела 9 лет назад. После проведенного кесарева сечения. На месте послеоперационного рубца появился воспалительный инфильтрат. Наблюдалась у хирурга по поводу хронической язвенной пиодермии. Через 1,5 года появился узел в области правой щеки, который постепенно стал изъязвляться с центра элемента.
- В марте текущего года пациентка была направлена на кафедру дерматовенерологии, где была рекомендована консультация фтизистра. В противотуберкулезном диспансере был проведен диаскин тест: 13 мм. Больной было рекомендовано гистологическое исследование.

# Результаты

- Заключение д.м.н. профессора Ермилова В.В.:  
Туберкулез кожи. Туберкулоидная гранулема.  
При окраске по Романовскому – Гимзе выявлены микобактерии туберкулеза.
- Заключение гистологии противотуберкулезного диспансера: морфологическая картина соответствует туберкулезному воспалению.

- 
- С апреля нынешнего года пациентка состоит на учете в противотуберкулезном диспансере. Прошла УЗИ брюшной полости и почек, щитовидной железы, молочных желез, органов малого таза, биохимические исследования, рентген грудной клетки. Специфической патологии выявлено не было.

# Лечение.

- Рифампицин 150 мг (4 таблетки) за 40-60 минут до завтрака.
- Изониазид 300 мг (2 таблетки) после завтрака.
- Витамин В<sub>6</sub> - 4 таблетки в сутки
- Канамицин (1 грамм) + Новокаин внутримышечно 1 раз в день
- Пиразинамид (500 мг) 3 таблетки после обеда.
- Фосфоглив по 1 капсуле 3 раза в день



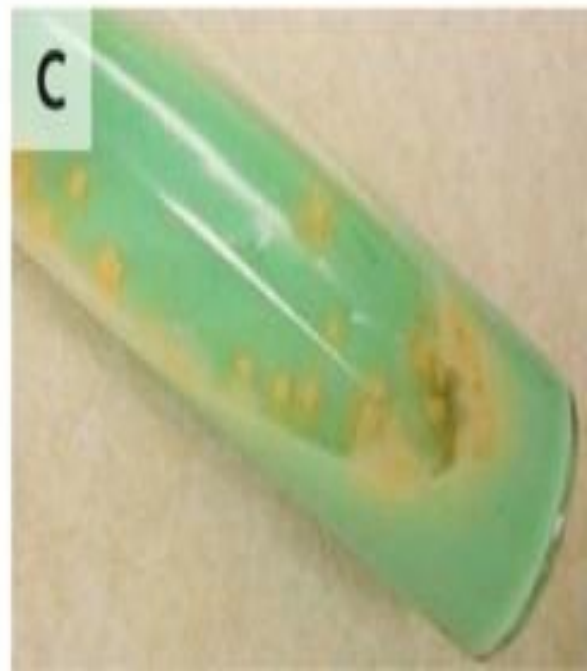






# Туберкулезные поражения кожи –

- заболевания, вызванные микобактерией туберкулеза и характеризующиеся гранулематозным воспалением.
- По классификации, принятой в советский период заболевание подразделялось на 2 группы: 1) локализованные формы; и 2) диссеминированные формы.

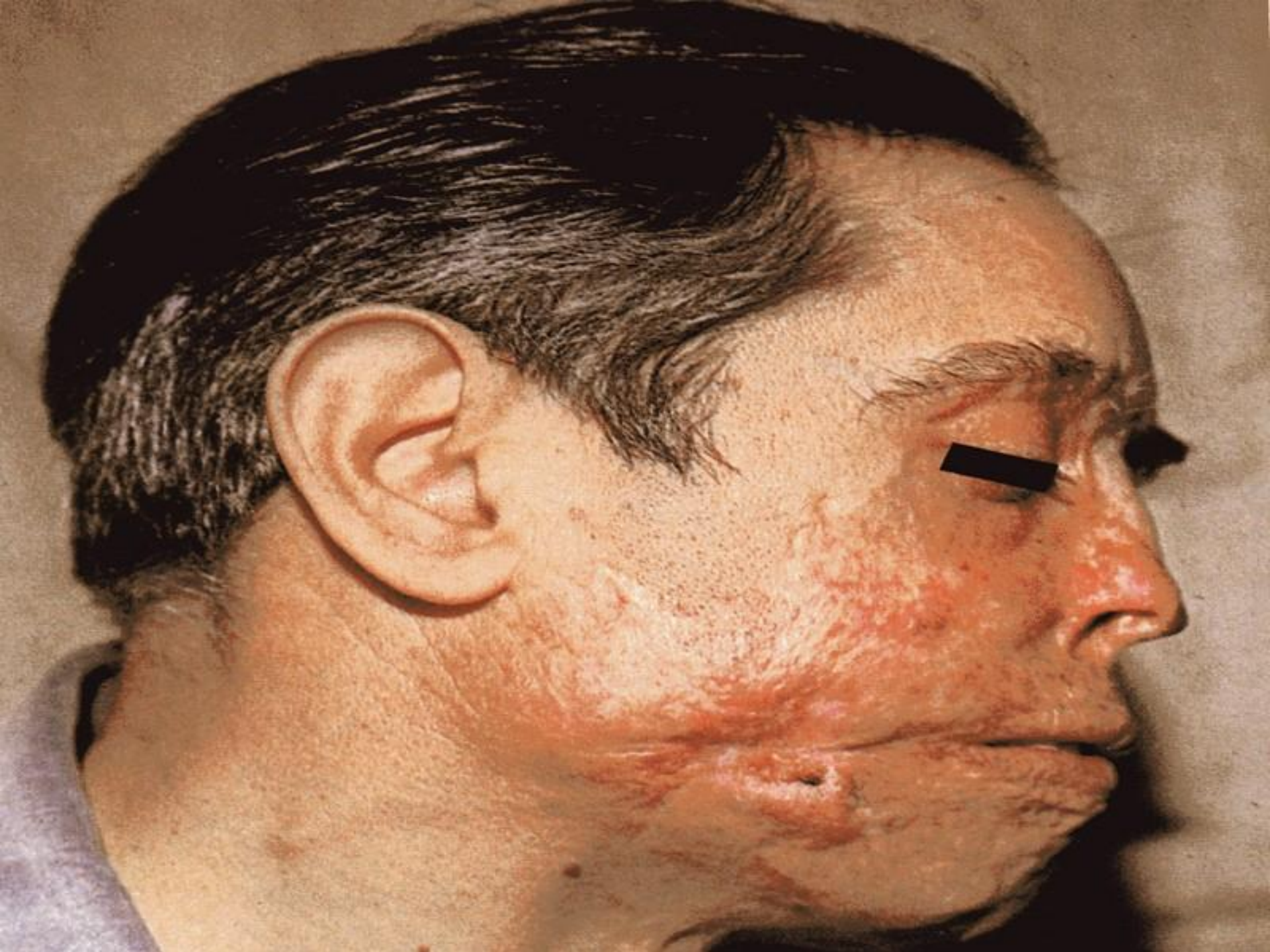


- К локализованным формам относились:

- 1) вульгарная волчанка;
- 2) колликувативный туберкулез кожи;
- 3) бородавчатый туберкулез кожи;
- 4) язвенный туберкулез кожи и слизистых;
- 5) туберкулезный шанкр.

- К диссеминированным формам относили:

- 1) лихеноидный туберкулез кожи (лихен золотушных);
- 2) папулонекротический туберкулез кожт;
- 3) индуративный туберкулез кожи (индуративная эритема Базена);
- 4) милиарная диссеминированная волчанка.



Согласно МКБ-10 в настоящее время различают туберкулез кожи и подкожной клетчатки А 18.4 в форме:

- волчанки;
- скрофулодермы.

Это вполне закономерно, так как туберкулез кожи стал редким заболеванием, врачи дерматовенерологи стали о нем забывать. Однако в последние годы вновь появились пациенты с туберкулезом кожи, и потому мы считаем своим долгом напомнить об этой хронической инфекции.



- Возбудителем туберкулеза является **туберкулезная палочка** человеческого типа (*Mycobacterium humanus*). Туберкулезные палочки не образуют спор, неподвижны, грамположительны, устойчивы к кислотам, щелочам и спирту, по Цилю-Нильсену окрашиваются в красный цвет. К формам жизнедеятельности возбудителя относятся кокковидные, фильтрующиеся, L формы. Туберкулезные палочки являются аэробами, имеют сложный антигенный состав (протеины, полисахариды, фосфолипиды). Микобактерии попадают в кожу чаще лимфогенно или при попадании на кожу из очага поражения, реже экзогенно.





- Характерным для туберкулеза является гранулематозное воспаление. Туберкулезная гранулема состоит преимущественно из эпителиоидных клеток, лимфоцитов с примесью гигантских клеток Пирогова-Лангханса и фибробластов. В центре инфекционной гранулемы имеется казеозный некроз различной степени выраженности. Таким образом, в основе туберкулеза кожи лежит гиперчувствительность замедленного типа. При проведении пробы Манту (диаскин теста) в месте введения антигена должен быть инфильтрат, папула.

# Первичный туберкулез кожи (туберкулезный шанкр) –

- редкая форма туберкулеза. Болеют в основном дети, но может быть и у взрослых. Входными воротами являются микро и макротравмы. Заражение происходит при прямом контакте с зараженным инструментом, материалом.
- Клиника: через 3 недели в месте проникновения микобактерий происходит образование папулы плотной консистенции, lividной окраски, размерами 1-2 см. Узелок изъязвляется. Дно язвы зернистое, покрыто гнойным отделяемым, или папилломатозно-веррукозное. Вокруг первичного очага поражения формируются множественные мелкие элементы. Заживление язвы происходит в течение от нескольких месяцев до 1-2 лет.
- Гистология: на ранней стадии – острое воспаление, затем гранулематозное воспаление с большим количеством микобактерий туберкулеза.

# Туберкулезная (вульгарная) волчанка

- Начинается в детском, реже юношеском возрасте.
- Излюбленная локализация – область лица, иногда слизистых.
- Процесс начинается формированием бугорков (люпом) величиной от булавочной головки до горошины желтовато-красного цвета, мягкой консистенции. При диаскопии наблюдается симптом «яблочного желе», при надавливании зондом – симптом Пospelова. Мягкая консистенция обусловлена разрушением коллагеновых и эластических волокон.
- В динамике происходит слияние бугорков в сплошные очаги поражения с неправильными очертаниями. В результате обратного развития формируется рубцовая атрофия, симптом «жатой папиросной бумаги», описанный также Пospelовым. При формировании инфекционной гранулемы в гиподерме формируется глубокая, тумидная форма заболевания.

- **Бородавчатая волчанка** – характеризуется появлением на поверхности ее бородавчатых разрастаний, чаще в области кистей и стоп.
- **Язвенная волчанка** характеризуется выраженным язвенным распадом на фоне выраженного воспаления. При распространении процесса на сухожильные влагалища и кости может быть мутилирующая форма заболевания.
- **Серпигинирующая красная волчанка** характеризуется распространением на окружающую здоровую кожу.

# Туберкулезная волчанка слизистых полости рта и носа

- Локализуется в области десен, твердого и мягкого неба, глотки. Высыпания представлены мелкими серовато-красными бугорками, при слиянии образующими бляшки. В стадии обратного развития характерно появление новых бугорков вокруг язвы зернистого вида со склонностью к кровоточивости. При распространении процесса на хрящевую ткань возможны деформации носа, верхней челюсти, ушных раковин.
- В 25-30% случаев у больных вульгарной волчанкой имеется туберкулез других органов (легких, лимфатических узлов, кишечника, почек и т.д.).
- Диаскин тест положителен.
- Тяжелым осложнением туберкулезной волчанки является Lupus carcinoma.
- Дифференциальная диагностика туберкулезной волчанки проводится с бугорковым сифилидом, бугорковой формой хромомикоза, туберкулоидной лепрой, болезнью Боровского, красной волчанкой.

# Бородавчатый туберкулез кожи

- Был описан в 1886 году Riehe u Baltanf. Данная форма заболевания развивается в результате суперинфекции. Заражаются преимущественно ветеринарные врачи, прозекторы, мясники.
- Клинически заболевание проявляется безболезненными веррукозными элементами серовато-красного цвета с воспалительной каймой, сливающимися в сплошной бородавчатый очаг поражения с трещинами, роговыми наслоениями. При надавливании на поверхность появляются капельки гноя. При разрешении с центра к периферии идет образование атрофического рубца, на котором могут появляться новые высыпные элементы. Течение заболевания медленное, хроническое. Бородавчатый туберкулез кожи сочетается с туберкулезом легких. Туберкулиновые пробы положительны.

# Колликвативный туберкулез кожи (скрофулодерма)

- Подразделяется на первичную, вызванную гематогенным заносом возбудителя в кожу и вторичную, развивающуюся над пораженными лимфатическими узлами.
- Клиника: первичный морфологический элемент – узел, подвижный плотный, безболезненный. Кожа над узлами приобретает синюшно-буроватый оттенок. При вскрытии узлов образуются язвы с серозно-геморрагическим, некротическим отделяемым. Заживление медленное с формированием неровных бахромчатых, звездчатых рубцов, а также линейных рубцов по типу «чемоданной ручки» или «Филатовского стебля». Типично для детей, но может быть и у взрослых.

- **Язвенный туберкулез кожи** – редкая форма туберкулеза слизистых. Клинически проявляется милиарными узелками, распадающимися с образованием поверхностных язв с серозным зернистым отделяемым, местами сливающимися в крупные язвенные поверхности.
- **Папулонекротический туберкулез кожи (акнит)** – аллергический васкулит, возникающий в результате сенсибилизации к микобактерии туберкулеза.
- **Клиника:** высыпания локализуются в области туловища, конечностей, ягодиц и представлены папулами милиарных и лентикулярных размеров коричневатого-красного цвета. В центре элементов наблюдается некроз. После заживления наблюдаются штампованные рубчики.



- **Лишай золотушных** – редкая форма, развивающаяся у ослабленных детей за счет гематогенного заноса возбудителя.

Клиника: лихеноидные фолликулярные и перифолликулярные полские узелки желтовато-коричневого, красноватого или бледно-розового цвета. При регрессировании остаются штампованные рубчики.

# Уплотненный туберкулез кожи (индуративная эритема Базена) –

- дермо-гиподермальный аллергический васкулит типичный для девушек и молодых женщин.

Клиника: в области голеней появляются глубокие узлы размером от 1 до 5 см в диаметре тестоватой и плотно-эластической консистенции. Кожа над узлами синюшного оттенка, при разрешении формируется пигментация. В 30% случаев узлы изъязвляются и оставляют после себя рубец с гиперпигментацией по периферии.

# Лечение туберкулеза:

- больные туберкулезом относятся к V группе диспансерного учета, которая подразделяется на V— а группу с активными клиническими проявлениями. Они получают курс лечения длительностью от 10 месяцев до 1 - 2-х лет. В группу V-б входят больные с отсутствием активных проявлений. Больным локализованными формами проводится противорецидивное лечение в течение 2-х лет 2 курса весной и осенью (6 курсов), а больным диссеминированными 10 курсов лечения. В группу V-в относят больных со стойким клиническим выздоровлением, подтвержденным гистологическим исследованием. В течение 5 лет проводится обследование, после чего больные снимаются с учета.

# Лечение туберкулеза

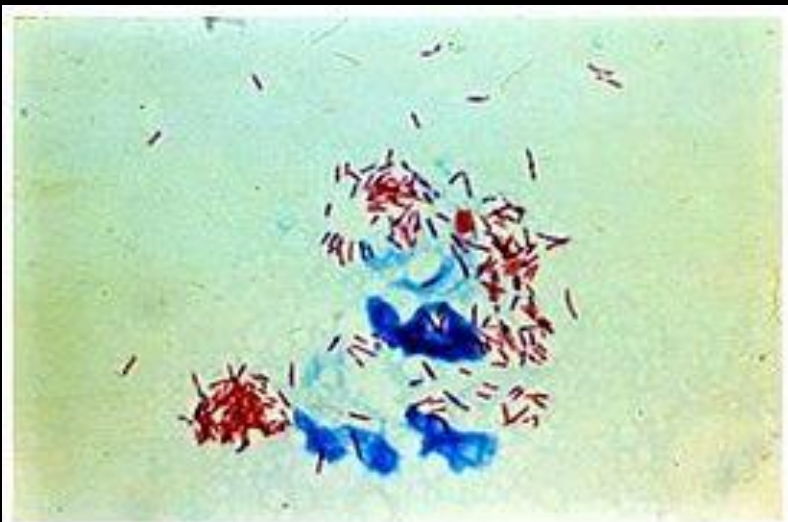
- 1) стрептомицин (дигидрострептомицин), препараты группы гидразида изоникотиновой кислоты (тубазид, фтивазид, салюзид, метазад, ПАСК (бепаск), рифампицин.
- 2) резервные препараты: тибон, этионамид (протионамид), пиразинамид, этамбутол, циклосерин, виомицин, канамицин.
  - Начинают лечение больных туберкулезом кожи препаратами основной группы, затем применяют резервные.
  - Патогенетическая терапия включает: витаминотерапию, десенсибилизирующие средства, физиотерапию, санаторное лечение, лечебное питание и другие.

# Лепра

- **Лепра** – хроническое инфекционное заболевание с длительным инкубационным периодом, вовлечением в процесс кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов. Лепра упоминается в ранних письменных памятниках человечества, является одним из самых загадочных заболеваний, описывается в художественных произведениях Конан Дойла, Джека Лондона, Сомерсета Моэма и других писателей. В многих художественных фильмах показаны больные, лепрозории, методы лечения. Подавляющее количество этих фильмов дает неправильное представление зрителей о лепре. Научное значение имеет документальный фильм «Колокола и колокольчики».

- Для лепры характерны **эндемичные очаги** в Юго-Восточной Азии, Африки, Латинской Америки. На территории РФ имеются 2 лепрозория в Сергиевом Посаде и Астрахани.
- **Заразительность** лепры всегда была сильно преувеличена. Больные изгонялись из общества, становились «людьми с колокольчиками» которых боялись окружающие. Наиболее подверженные к заражению лепрой являются новорожденные и маленькие дети.

- **Возбудитель лепры** был открыт норвежским ученым Г.А. Гансеном в 1874 году. Микобактерии лепры имеют вид прямой или изогнутой палочки с закругленными концами. Размножение палочек Ганзена происходит поперечным делением, грамположительны, окрашиваются анилиновыми и люминесцентными красителями. Наиболее характерная окраска для возбудителя лепры – по Цилю-Нильсену.
- **Экспериментальное заражение лепрой** в настоящее время проводится на 9-поясных броненосцах для разработки диагностических и вакцинных препаратов.



らい菌 (赤く棒状のもの、皮膚スミア検査、1000倍拡大)





# Классификация лепры

- **Классификация.** Существуют 2 классификации лепры:
- 1) Мадридская, принятая в 1953 году;
- 2) Ридли-Джоплинга, рекомендованная в 1973 году для научных исследований.
- По **мадридской классификации** выделяют 2 полярных типа лепры – лепроматозный ЛТ и туберкулоидный ТТ и 2 промежуточные группы – недифференцированную Н и пограничную ПТ.
- По **классификации Ридли-Джоплинга** различают:
- 1) полярный туберкулоидный тип лепры ТТп;
- 2) субполярный туберкулоидный тип лепры ТТс;
- 3) погранично-туберкулоидный тип лепры ПТ;
- 4) пограничную лепру ПП;
- 5) субполярный лепроматозный тип ЛЛс;
- 6) полярный лепроматозный тип лепры ЛЛп;
- 7) недифференцированную форму лепры Н.

- Инкубационный период в среднем длится 5-7 лет, однако может продолжаться до 30 лет.
- **Основные гистологические критерии диагностики лепры:**
  - 1) клеточный состав гранулемы (гистиоциты, эпителиоидные и пеннистые клетки;
  - 2) количество микобактерий;
  - 3) число и расположение лимфоцитов;
  - 4) инфильтрация нервов;
  - 5) инфильтрация субэпидермальной зоны.

- **Инфекционная гранулема** при туберкулоидной лепре локализуется в сетчатом слое дермы, при лепроматозной – в подкожно-жировой клетчатке.
- В 1919 году японский исследователь К. Mitsuda предложил **внутрикожную лепроминовую пробу**. В настоящее время эта реакция диагностического значения не имеет, но используется для дифференциальной диагностики и прогноза течения заболевания.
- Иммуниет при лепре имеет относительное значение, часто наблюдается суперинфекция, нестерильный иммуниет.
- Относительный естественный иммуниет может быть усилен с помощью введения вакцины **БЦЖ** для создания «инфекционного антимикобактериального иммуниета».

# Критерии диагностики лепры

- **Критерии диагностики лепры:**
- 1) клиническое обследование (клинические проявления типичные для различных форм плюс исчезновение всех видов чувствительности в очагах поражения);
- 2) бактериоскопическое исследование (соскоб со слизистой носа и очагов поражения «пачки сигарет»);
- 3) гистологическое исследование (инфекционная гранулема, состоящая из гистиоцитов, эпителиоидных, пенистых клеток, большое количество микобактерий лепры);
- 4) исследование чувствительности;
- 5) функциональные пробы (гистаминовая, никотиновая, на потоотделение и другие).
- Постановка диагноза лепры происходит в специализированных учреждениях - лепрозориях. Для профилактики заражения лепрой вновь поступившие больные до подтверждения диагноза помещаются в изолятор.

# Клиническая картина

- **Туберкулоидная лепра** является наиболее легкой формой заболевания и хорошо поддается терапии. Поражается в основном кожа и периферические нервы, реже некоторые внутренние нервы.
- **Кожные проявления при ТТ:**
  - 1) пятна гипопигментированные или слегка эритематозные с четкими границами;
  - 2) папулезные высыпания – полигональные красновато-синюшные плоские;
  - 3) бляшки – резко ограниченные, с приподнятым краем, склонные к периферическому росту, образованию кольцевидных элементов «бордюрных» с нарушением всех видов чувствительности.
- В процессе обратного развития происходит образование гипопигментированных и атрофических пятен.



# Кожные проявления при ЛЛ:

- 1) начальные – многочисленные эритематозные, эритематозно-пигментные, эритематозно-гипопигментированные пятна, приобретающие в дальнейшем желтоватый или буроватый цвет, на лице, разгибателях конечностей, ягодицах;
- 2) в процессе длительного развития – инфильтраты (лепромы) бурого или синюшно-бурого цвета в результате гемосидероза;
- 3) усиление функции сальных желез – жирная, лоснящаяся кожа, расширение выводных протоков желез («апельсиновая корка»);
- 4) исчезновение всех видов чувствительности;
- 5) алопеция – выпадение пушковых и длинных волос на лице, волосистой части головы;
- 6) формирование «львиного лица»;
- 7) бугорки и узлы с распадом, изъязвлением, гипохромными рубцами;
- 8) мутиляции пальцев, трофические язвы, деформация кистей и стоп.





# Кожные проявления при ПЛ:

- 1) пятна, папулы, бляшки, диффузные инфильтраты, «штампованные», «пробитые» высыпания, полосовидные и бордюрные элементы;
- 2) отсутствие выпадения бровей и ресниц, изъязвления слизистой носа, «львиного лица».

# Неврологические проявления лепры

- 1) невриты с восходящей и «островковой» симптоматикой;
- 2) инвалидизация, обусловленная поражением лицевого, локтевого, лучевого, срединного, большеберцового, подколенного и других периферических нервов.

# Лечение лепры

- Основными противолепрозными препаратами являются:
- 1) препараты сульфонового ряда (ДДС, дапсон и их производные), 2) антибиотики (рифампицин, лампрен, протионамид, этионамид).
- Лечение лепры должно быть комплексным и включать 2-3 противолепрозных препаратов в сочетании с общеукрепляющими и иммуномодулирующими препаратами. Курс лечения составляет 6 месяцев.
- Для стандартизации, сравнимости и объективности результатов разработан бактериоскопический индекс (БИН). БИН больного – это среднее арифметическое БИНов на отдельных участках. Лечение ТТ формы длится 3-5 лет, лечение ЛЛ, ПЛ, ПП, Н длится всю жизнь.

# Профилактика лепры

- 1) общеоздоровительные и санитарно-гигиенические мероприятия;
- 2) меры личной гигиены;
- 3) изоляция больных в лепрозориях;
- 4) диспансеризация выздоровевших пациентов;
- 5) вакцинация БЦЖ;
- 6) наблюдение за членами семьи больного;
- 7) допуск новорожденного к матери только в случае проведения ей лечения и строгого контроля со стороны врачей;
- 8) санитарно-просветительная работа среди населения.



**Спасибо за внимание !**