

Оглавление

Введение ………………………………………………………………. 4

Клинические формы……………………………………………………4

Клинические проявления………………………………………………5

Принципы диагностики………………………………………………. 5

Принципы лечения…………………………………………….……… 6

Список литературы……………………………………………………..6

**Введение**

Туберкулезная волчанка (Lupus vulgaris).

Заболевание характеризуется хроническим медленным течением и наклонностью к расплавлению тканей. Чаще начинается в детстве и продолжается годы и десятилетия. В последнее время участились случаи появления волчанки у взрослых. Заражение гемато- и лимфогенным путем.

На коже появляются бугорки (люпомы) красно-бурого цвета, разных размеров, тестоватой консистенции с гладкой блестящей поверхностью. По периферии очагов – застойно красная зона. Наиболее часто туберкулезная волчанка проявляется на лице, ушных раковинах. Характерно 2 патогмоничных симптома:

симптом «яблочного желе» - при надавливании на бугорок предметным стеклом из расширенных и парализованных сосудов выдавливается кровь, и бугорок приобретает буровато-желтую окраску.

симптом «проваливания зонда» (профессор Поспелов) – при надавливании на бугорок пуговчатым зондом на его поверхности образуется вмятина, которая очень медленно расправляется. Это явление можно сравнить с картиной, наблюдаемой при надавливании пальцем на дрожжевое тесто. Это связано с разрушением коллагеновых и эластических волокон в очаге.

Люпомы разрешаются рубцом или рубцовой атрофией. На месте рубцевания могут образовываться новые люпомы.

**Клинические формы.**

Плоская – представлена плоскими бугорками с серебристым шелушением и может напоминать псориаз.

Опухолевидная – инфильтрат гипертрофируется и резко возвышается над уровнем кожи. Сохраняются все характерные черты люпомы.

Язвенная – возникает вследствие травмирования очага и присоединения вторичной пиококковой инфекции. Волчаночные язвы имеют фестончатые очертания с мелко-зернистым дном, которое покрыто скудным отделяемым и легко кровоточит.

Колликвативный туберкулез кожи (скрофулодерма).

В название заболевания показано, что в его основе лежит размягчение ткани.

Первичный – поражение кожи на любом участке вследствие гематогенного заноса инфекции из пораженных органов. Чаще это единичное поражение кожи.

Вторичный – континуитатным путем инфекция переходит с пораженных лимфатических узлов.

**Клинические проявления.**

В подкожной клетчатке отмечается один или несколько плотных, безболезненных ограниченных узлов. Постепенно узел увеличивается, достигая величины куриного яйца, спаивается с окружающими тканями и резко выступает над уровнем кожи. Кожа над узлом становится красной, а затем синюшной. Постепенно возникает флюктуация (холодный абсцесс). Кожа истончается, инфильтрат прорывается, и через свищ выделяется серозно-гнойно-геморрагическая жидкость.

Заживление очень медленное с образованием характерных рубцов. Они неровные, келоидоподобные, местами имеют мостики и перемычки, между которыми располагаются участки здоровой кожи («мостовидные» рубцы). Под рубцами возможно образование новых узлов.

Язвенный туберкулез кожи и слизистых.

Наблюдается у больных с активным туберкулезом внутренних органов. Обусловлен аутоинактивацией. Локализуется вокруг рта, носовых ходов, ануса, половых органов.

Образуются мелкие узелки желто-красного цвета, которые склонны к пустулизации и изъязвлению. На дне этих язв – казеозно перерожденные туберкулезные бугорки – «зерна Трела». Развивается болезненность, затруднение приема пищи, мочеиспускания, дефекации.

**Принципы диагностики**.

1. характерная клиническая картина;
2. данные анамнеза (туберкулез в анамнезе, контакты с больными туберкулезом, неблагоприятное социальное положение);
3. туберкулиновые пробы;
4. гистологические исследования;
5. посев патологического отделяемого на питательные среды (Левенштейна-Йенсена или Финна II);
6. ПЦР;
7. наличие сопутствующего поражения туберкулезной этиологии.

**Принципы лечения**.

**NB!** *Лечение должно быть комплексным и длительным*!

Этиотропная терапия:

1. Препараты ГИНК: изониазид, фтивазид, тубазид;
2. рифампицин;
3. Стрептомицин, канамицин;
4. ПАСК.

Патогенетическая терапия:

1. Десенсибилизирующая терапия;
2. Витаминотерапия;
3. Гормональная терапия;
4. Физиотерапевтические процедуры;
5. Климатотерапия;
6. Лечебное питание богатое белками, углеводами, витаминами.

**Список использованной литературы**

1. Галинская Л. А. Туберкулез: лечение и профилактика / Л. А. Галинская. - Ростов н / Д: Феникс, 2000. - 224 с.

2. Дифференциальная диагностика кожных болезней: Рук-во для врачей. Под ред. Б.А.Беренбейна, А.А.Студницина. - М.: Медицина, 1989. - с.182-194.

3. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни. - М.: Медицина, 2006. - 625 с.

4. Кожные и венерические болезни: учебное пособие для студентов медицинских вузов / под ред. Е.В. Соколовского. - СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2006. - 488 с.

5. Кошечкин В.А., Иванова З.А. Туберкулез. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 304 с.

6. Монахов К.Н. Кожные и венерические болезни. - М.: Медицина, 2005. - 537.

7. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. - М. «Триада -X», 1999. - 688 с.

8. Туберкулез и внутренние болезни: учебное пособие / ред.: А. С. Свистунова, Н. Е. Чернеховская. - М.: Академия, 2005. - 512 с.

9. Туберкулез у детей и подростков: руководство / ред. О. И. Король, ред. М. Э. Лозовская. - СПб.: Питер, 2005. - 424 с.

10. Хоменко А.Г. Туберкулез. - М.: Медицина, 1996. - 496 с.