

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

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

Зав. Кафедрой:

д.м.н., проф. Карачева Юлия
Викторовна

Реферат

Колликативный туберкулез.

Выполнила:

ординатор 1 года обучения
Мозговая Анастасия Евгеньевна

Проверила:

Зав. Кафедрой:

д.м.н., проф. Карачева Юлия
Викторовна



Красноярск, 2019

Оглавление	
Введение.....	4
Этиология.....	4
Клиника.....	5
Диагностика.....	5
Лечение.....	6
Список литературы.....	6

Введение

Колликувативный туберкулез кожи (скрофулодерма) – локальная форма туберкулёзного поражения кожных покровов по типу «холодного» (вялотекущего) воспаления. Встречается только у детей и подростков. Характеризуется единичными, реже множественными глубоко залегающими в дерме узлами, которые возникают первично у неинфицированных ранее пациентов или вторично – у больных, много лет страдающих туберкулёзом внутренних органов. Колликувативный туберкулёз кожи не имеет сезонности и гендерной составляющей, не обладает эндемичностью, но очень контагиозен.

На долю колликувативного туберкулёза кожи приходится более четверти всей туберкулёзной патологии дермы. Однако врачи разных специальностей, особенно участковые педиатры, встречаясь с ранними проявлениями патологии, не имеют профессиональной настороженности при диагностике клинических проявлений, чаще всего принимая скрофулодерму за банальную пиодермию. Это способствует поздней диагностике колликувативного туберкулёза, изъязвлению первичных элементов с образованием обезображивающих кожу рубцов, которые остаются своеобразной «чёрной меткой» у пациента на всю оставшуюся жизнь.

Этиология

Причина заболевания – кислотоустойчивая микобактерия Коха, открытая в 1882 году. Является аэробной палочкой, не имеющей капсулы и не образующей спор. Под микроскопом определяется только при окраске по Цилю-Нильсену. Существует два пути заражения колликувативным туберкулёзом кожи. Первый – гематогенный. Первично инфекция попадает в организм воздушно-капельным путём и поражает внутренние органы, из которых микобактерии с током крови заносятся в кожу. Второй – лимфогенный. Инфицирование кожи возникает вторично на фоне длительно существующего туберкулёза внутренних органов с поражением лимфатических узлов и лимфогенной миграцией микобактерии из патогенных лимфоузлов в кожу.

Механизм развития колликувативного туберкулёза кожи заключается в образовании туберкулёзной гранулёмы. Быстрота формирования первичного элемента зависит от количества проникших в кожу микобактерий, их вирулентности и состояния иммунной системы пациента. Туберкулёзное воспаление при колликувативном туберкулёзе кожи – это классический пример аутоиммунного процесса. Сенсибилизированные к микобактериям Т-лимфоциты иммунной системы при проникновении в кожу начинают активно связывать чужеродные для организма антигены, которыми являются палочки Коха. Тем самым они препятствуют развитию колликувативного туберкулёза кожи. Однако наступает момент, когда микробов становится слишком много, они «оккупируют» кожу, внедряются в неё, и Т-лимфоциты начинают связывать клетки собственной кожи вместе с микобактериями. Возникает аутоиммунный процесс, вызывающий дополнительную сенсибилизацию кожи. Происходит деструкция кожных слоёв с развитием гранулёмы.

В свою очередь, микобактерии в месте своего внедрения в ткань дермы запускают механизм «холодного» вялотекущего воспаления, в основе которого лежит невозможность полного «переваривания» палочки Коха фагоцитами

иммунной системы организма. Местный иммунитет при развитии колликативного туберкулёза вынужден работать с удвоенной силой, уничтожая поступающие в очаг микобактерии и инфицированные клетки кожи. В результате фагоцитоз приобретает незавершённый характер. «Непереваренные» микобактерии формируют в основании гранулёмы воспалительный инфильтрат, состоящий из иммунных клеток и умерших палочек Коха. Так образуется первичный элемент скрофулодермы – флюктуирующий узел. Колликативный туберкулёз кожи часто сочетается с другими формами туберкулёза кожи.

В дерматологии принято выделять две формы скрофулодермы, имеющие разные пути возникновения:

1. Первичный гематогенный колликативный туберкулёз кожи. Возникает у пациентов, ранее не болевших туберкулёзом, при попадании микобактерий в кожу с током крови.
2. Вторичный лимфогенный колликативный туберкулёз кожи. Развивается у больных, давно страдающих туберкулёзом. Гранулёма формируется в результате вторичного обсеменения кожи микобактериями из поражённых инфекцией лимфатических узлов.

Клиника

Клинические проявления колликативного туберкулёза кожи имеют небольшие различия в зависимости от формы. Гематогенная форма локализуется на конечностях (вокруг суставов), лице и шее, характеризуется появлением овальных, плотных, малоблезненных, глубоко залегающих в слоях кожи узлов до 5 см в диаметре. Первичные элементы спаяны с подлежащими тканями, имеют синюшную окраску, склонны к вскрытию и образованию глубоких язв с кровянистыми выделениями и формированием участков некроза. Заживление идёт вяло, образуются обезображивающие кожу «рваные» рубцы с «мостоподобными» перемычками.

Очаги лимфогенного колликативного туберкулёза кожи возникают в области шейных и подчелюстных лимфатических узлов. Характеризуются появлением в дерме и подкожной жировой клетчатке плотноватых первичных бугорковых элементов красновато-лилового цвета, имеющих тенденцию к медленному росту, слиянию между собой и образованию конгломератов, которые, абсцедируясь, вскрываются на поверхности в виде свищей и язв. Обычно такие образования неглубокие, с гладкими тестообразными краями и творожистым секретом на дне. Рубцуются медленно, первоначально опутывая всю поверхность кожного дефекта паутиной из мостообразных перемычек, а затем заполняя оставшиеся промежутки грануляциями. После заживления образуется обезображивающий рубец.

Диагностика

Диагноз скрофулодермы ставят на основании анамнеза, клинической картины и результатов рентгенологического исследования, которое проводят с целью установления первичного очага туберкулёзного поражения. При постановке диагноза учитывают типичную локализацию процесса. При затруднениях в процессе дифференциальной диагностики колликативного туберкулёза кожи

выполняют гистологическое исследование. Морфологические изменения при обеих формах колликативного туберкулёза кожи идентичны и сводятся к формированию неспецифического инфильтрата с очагами некробиоза, инфильтрированного мононуклеарными клетками. Микобактерии располагаются в верхних слоях поражённого участка кожи, что облегчает диагностику скрофулодермы.

Результаты туберкулиновых проб могут различаться в разных возрастных категориях. Дети старшего возраста дают резко положительную реакцию Манту, пациенты младших возрастных групп отвечают неспецифично. Колликативный туберкулёз кожи дифференцируют с другими локальными формами туберкулёза кожи, сифилитическими гуммами, пиодермией, актиномикозом, эритемой Базена, вульгарной эктимой и гидраденитом. Наряду с дерматологом, пациента консультирует фтизиатр.

Лечение

Терапию колликативного туберкулёза кожи проводят в стационарах закрытого типа с учётом контагиозности пациентов. Назначают специфические противотуберкулёзные препараты по индивидуальным схемам с расчётом курсовой дозы на килограмм веса больного (ПАСК, бензоиламиносалицилат кальция). Местно применяют УФО, перевязки с мирамистином, этакридина лактатом, раствором перманганата калия и йодоформом. При легком течении заболевания прогноз благоприятен. При изъязвлении колликативный туберкулёз кожи приобретает хронический характер, плохо поддаётся терапии, рецидивирует, длится годами.

Список литературы:

1. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней// под ред. А.Д.Кацамбаса, Т.М.Лотти, 2-е издание, 2009, с.323-324
2. Адашкевич В.П.,Козин В.М. Кожные и венерические болезни. Учебное руководство. М.: Медицинская литература 2006.
3. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов медицинских ВУЗов. М.: «Триада-фарм» 2005-688с.