**Особенности клинического течения туберкулеза кожи**

(случай из практики).

Кабулбекова А.А.

Кафедра дерматовенерологии и эстетической медицины ЦНО, КазНМУ

**Резюме**

Туберкулез кожи возникает относительно редко и к установлению диагноза проходит не один год. Трудности диагностики туберкулеза кожи предопределены тем, что нередко имеют место атипичные проявления заболевания, не всегда отмечаются четкие гистологические и морфологические признаки туберкулеза кожи. Таким образом, дифференциальная диагностика туберкулеза кожи станет точнее и быстрой, если будут широко применяться современные методы диагностики с помощью полимеразной цепной реакции, иммуногистохимии в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** туберкулез кожи, красный плоский лишай, псориаз, диагностика.

Туберкулезное поражение кожи относится к группе кож­ных заболеваний, различных по клиниче­ской и патогистологической картине, обу­словленное единой этиологией и проникно­вением в кожу туберкулезной микобакте­рии. Туберкулез кожи может возникнуть примерно оди­наково часто как у мужчин, так и у женщин, любого воз­раста, но чаще молодого.

Данные о заболеваемости и распространенности туберкулеза кожи крайне скудны и нередко противоречивы. По среднестатистическим данным, лишь у 19% больных туберкуле­зом внутренних органов одновременно наблюдается туберкулез кожи. Это объясняется тем, что кожа представляет собой неблагоприятную сре­ду для жизнедеятельности микобактерии. Считают, что туберкулез кожи по частоте стоит на 5 месте среди всех локализаций внелегочного туберкулеза после туберкулеза костей и суставов, лимфатических узлов, мочеполовой и пищеварительной систем [1-4].

В литературе выделяют локализованные и диссеминированные формы туберкулеза кожи. Наиболее распространенным принципом классификации туберкулеза кожи в англоязычной литературе является подразделение его на так называемый истинный (гранулематозный) туберкулез кожи и туберкулиды. Туберкулиды наиболее сложны в диагностике, поскольку посевы биопсийного материала роста культуры не дают, но ДНК М. tuberculosis при ПЦР-диагностике обнаруживается часто. Морфологическая картина кожных поражений годами оказывается чаще неспецифической, что не всегда позволяет своевременно и достоверно установить правильный диагноз [3-8].

Туберкулез кожи возникает относительно редко и поэтому установлению диагноза проходит не один год. Диагностика туберкулеза кожи усложнена и возможна только на основании тщательных комплексных клинико-лабораторных методов исследования. Трудности диагностики туберкулеза кожи предопределены тем, что нередко имеют место атипичные проявления заболевания, а микобактерии туберкулеза по большей части не выявляются доступными методами исследования, отсутствуют четкие гистологические и морфологические признаки туберкулеза кожи, а ответ на лечение наблюдается лишь со временем. Играет роль также недостаточная информированность врачей общей практики относительно проявлений туберкулеза кожи. Диагностические трудности объясняются сходной клинической картиной туберкулёза кожи с неспецифическими дерматозами (красным плоским лишаем, псориазом, вирусными бородавками и др.), а также в связи редкостью встречаемости данной патологии [1-5].

В подавляющем большинстве случаях подчеркивается диагностическая ценность гистологического метода исследования, который нередко является единственным подтверждением диагноза туберкулеза кожи. Однако, необходимо учитывать, что если при туберкулезной волчанке не всегда выявляются характерные для туберкулеза изменения, то при диссеминированных формах туберкулеза кожи в раннем периоде заболевания можно не найти признаков туберкулеза, которые появляются только после исчезновения неспецифических воспалительных явлений. Следовательно, необходимо делать биопсию самых длительно существующих очагов поражения рассеянных форм туберкулеза кожи [3,4].

В последние годы специалистами отмечается увеличение количество боль-ных туберкулезом кожи в связи с ростом распространенности иммунодефи-цитов, в том числе при ВИЧ-инфекции. Эпидемиологический прогноз с учетом современных патогенетических концепций также позволяет предусмотреть рост заболеваемости туберкулезом кожи в ближайшие годы [5-8].

В практике столкнулись с несколько исключительно трудными для диагностики случаями течения туберкулеза кожи, проявившегося в одном случае как псориаз, а в другом – красный плоский лишай. Приводим случаи специфической инфекции в дерматологической практике.

Больной Г. 36 лет, поступил в отделение аллергодерматозов и наследственных заболеваний кожи НИКВИ с диагнозом: Вульгарный псориаз ладоней и подошв. Считает себя больным в течение 5 лет, когда впервые на тыльной поверхности обеих кистей появились высыпания. Заболевание связывает с психоэмоциональным стрессом. На протяжении 5 лет получал амбулаторное и стационарное лечение по месту жительства. Эффекта от лечения не отмечал, в связи, с чем был направлен в НИКВИ.

При поступлении предъявляет жалобы на высыпания. Общее состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, астеническое. ПЖК развита слабо, распределена равномерно. Лимфатические узлы не увеличены. По органам и системам на момент осмотра патологических изменений не выявлено.

Локальный статус. Патологический кожный процесс хронический, ограниченный, локализован на коже тыльной поверхности обеих кистей, преимущественно на фалангах и межпальцевых промежутках II, III, IV пальцев. Сыпь обильная, симметричная, мономорфная, представлена лентикулярными, папулами, сливающиеся в большой инфильтат, красноватого цвета, значительно выступающие на уровнем кожи, поверхность шероховатая, бугристая, в центре инфильтрата имеются разрастания, похожие на бородавчатые, покрытые мелкими роговыми массами. Волосы и ногти не поражены. Субъективно: жалоб нет.

Данные лабораторного исследования: ОАК – анемия I степени, остальные параметры соответствуют физиологической норме. ОАМ – параметры в норме. Биохимические параметры крови в пределах нормы.и

Проведено гистологическое обследование, заключение которого дает картину гранулематозного поражение на фоне выраженного фиброзирования с участками гранулем с наличием гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Лангерганса и клеток инородных тел, распространяющихся на подслизистый слой. Заключение гранулематоз кожи, исключить туберкулезное поражение.

При тщательном обследовании первичного источника туберкулезной инфекции не выявлено.

После консультации фтизиатра выставлен клинический диагноз: Бородавчатый туберкулез кожи и больной был переведен в туберкулезный Центр для дальнейшего дополнительного обследования и лечения.

Второй случай: Больной К. 16 лет, поступил в отделение аллергодерматозов и наследственных заболеваний кожи НИКВИ с диагнозом: Красный плоский лишай. Считает себя больным в течение 6 лет, когда впервые на тыльной поверхности обеих кистей появились высыпания. Данное заболевание ни с чем не связывает. По месту жительства были выставлены диагнозы очаговая склеродермия, затем красный плоский лишай. На протяжении 6 лет получал амбулаторное и стационарное лечение по месту жительства соответственно с выставленными диагнозами. Эффекта от лечения не отмечал, в связи, с чем был направлен в НИКВИ.

Из анамнеза жизни: Со слов матери больного в 9-летнем возрасте у ребенка был установлен «вираж», в связи, с чем получал противотуберкулезное лечение.

При поступлении предъявляет жалобы на высыпания. Общее состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, астеническое. ПЖК развита слабо, распределена равномерно. Лимфатические узлы не увеличены. По органам и системам: патологических изменений не выявлено.

Локальный статус.

Патологический кожный процесс хронический, распространенный, локализован на коже на голенях, бедрах, ягодицах, разгибательных поверхностях верхних конечностей, преимущественно в области суставов. Сыпь обильная, симметричная, мономорфная, представлена полушаровидными лентикулярными папулами, красного цвета с синюшным оттенком. В центральной части папулы отмечаются плотно сидящие геморрагические корочки. Кроме того на местах бывших элементов отмечаются штампованные рубчики, местами на поверхности которых, имеются свежие папулезные элементы сыпи. Волосы и ногти не поражены. Субъективно: жалоб нет.

Все вышеизложенное нас насторожило о необходимости проведение консультации фтизиатра. В первый же день поступления больной проконсультирован фтизиатром, после чего совместно был выставлен клинический диагноз: Папулонекротический туберкулез кожи и переведен в туберкулезный Центр для дальнейшего дополнительного обследования и лечения.

Таким образом, приведенные исследования подтверждают мысль о наличии определенного патоморфоза туберкулеза кожи. Клинически специфичность папулонекротической, бородавчатой форм туберкулеза кожи выражена значительно меньше. Это создает сложности при их клинико-морфологической диагностике. В дерматологическом приеме патогистологическое исследование является единственным наиболее информативным методом при туберкулезе кожи.

Всё вышеизложенное диктует необходимость применения комплексных клинико-рентгенологических и инструментальных методов диагностики с целью раннего выявления туберкулёза для проведения адекватного лечения. Сложность диагностики туберкулеза кожи объясняется также известным патоморфозом заболевание, которое выявляется учащением случаев: стертого, малосимптомного, вялого, длительного, доброкачественного течения заболевания. Атипичные случаи заболевания, которые маскируются под так называемые неспецифические дерматозы осложняются вторичной инфекцией, экзематизацией и комбинацией нескольких клинических форм туберкулеза кожи.

Рационально рассматривать туберкулез как общее заболевание целого организма, при котором легочные и внелегочные поражения патогенетически связаны в единую цепь изменений. Следует отметить, что дифференциальная диагностика туберкулеза кожи станет точнее и быстрой, если будут широко применяться современные методы диагностики с помощью полимеразной цепной реакции, иммуногистохимии в практическом здравоохранении.

Следовательно, старая проблема туберкулез кожи возвращается и требует к себе внимания как фтизиатрической, дерматологической, так и врачей общей практики.

**Литература:**

1. Панасюк А., Панасюк В. Внелегочный туберкулез // Доктор. – 2002. – № 4. – С. 44–48.

2. Патогенез и дифференциальная диагностика туберкулеза кожи. Часть 2. Дифференциальная диагностика туберкулеза кожи / Е.Н. Беллендир, А.Л. Чужов, А.М. Чихарь, Б.М. Ариель // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 12. – С. 50-55.

3. Скрипкин Ю.К. Клиническая дерматовененрология. – М.: Медицина, 2010. – 425 с.

4. Романенко Г.Ф. Туберкулез кожи // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 1999. – № 1. – С. 63–65.

5. Туберкулез. Туберкулез кожи / П.П. Рыжко, А.В. Руденко, К.Е. Ищейкин и др.; под ред. П.П. Рыжко. – Харьков: Фолио, 2005. – 271 с.

6. Туберкулез кожи: патогенез и дифференциальная диагностика. Часть 1 / Э.Н. Беллендир, А.Л. Чужов, А.М. Чихарь, Б.М. Ариель // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 11. – С. 51-58.

7. Патогенез и дифференциальная диагностика туберкулеза кожи. Часть 2. Дифференциальная диагностика туберкулеза кожи / Е.Н. Беллендир, А.Л. Чужов, А.М. Чихарь, Б.М. Ариель // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 12. – С. 50-55.

8. Childhood cutaneous tuberculosis from Morocco: a study of 30 cases / N. Akhdari, K. Zouhair, S. Habibeddine, H. Lakhdar // Arch Pediatr. – 2006. – Vol. 13, №8. – P.1098-1101.

**Тұжырым**

Тері туберкулезінің клиникалық ағымының ерекшеліктері (тәжірибелік оқиға).

Кабулбекова А.А.

Тері туберкулезі өте сирек кездеседі және оның диагнозын қою үшін бір неше жыл өтеді. Диагностикасының қиындылығы кейбір тұрлерінің клиникалық белгілері атипті түрде өтеді және де гистологиялық, морфологиялық белгілерінің анық болмауымен байланысты болады.

Сонымен тері туберкулезінің салыстырмалы диагностикасы тез және нақты болу үшін заманауи диагностикалық әдістер кең қолдану қажет, полимеразды тізбекті реакция, иммуногистохимия сияқты әдістер тәжірибелік денсаулық мекемелерінде қолдану керек.

Өзекті сөздер: тері туберкулезі, қызыл жазық теміреткі, қабыршақты теміреткі, диагностика

**Summary**  
 Clinical features of tuberculosis of the skin (in the case of practice).

А.А. Kabulbekova

Lupus occurs relatively infrequently and the diagnosis is more than one year. Difficulties in diagnosis of tuberculosis of the skin are predetermined by the fact that often there are atypical manifestations of the disease is not always there are clear histological and morphological features of tuberculosis of the skin. Thus, the differential diagnosis of tuberculosis of the skin will become more accurate and faster if they are widely used methods of diagnosis using the polymerase chain reaction, immunohistochemistry, in practical public health.

Keywords: lupus, lichen planus, psoriasis, diagnosis.