

УДК 616.5-002.51

ТУБЕРКУЛЬОЗ ШКІРИ В ПРАКТИЦІ КОСМЕТОЛОГА

Башура О.Г., Шмелькова К.С., Кран О.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Збудник — туберкульозна паличка *Mycobacterium tuberculosis*, рідше — *Mycobacterium bovis* (бичачий тип). Захворюваність на туберкульоз шкіри залежить від епідемічної ситуації по туберкульозу легень. Клінічні прояви в основному залежать від стану імунологічної реактивності організму та шляхів проникнення мікобактерій у шкіру.

Особливістю сучасного перебігу туберкульозу шкіри є зниження чутливості до туберкуліну. Провідну роль у патогенезі цієї патології відіграють алергійні реакції сповільненого типу на антигени мікобактерій.

Класифікація. Екзогенне зараження.

I. Первинний туберкульоз шкіри (туберкульозний шанкр) розвивається у невакцинованих дітей і тих, хто не хворів на туберкульоз раніше.

II. Бородавчастий туберкульоз шкіри виникає в місцях заглиблення збудника в шкіру людей, які вже перехворіли на туберкульоз.

Ендогенне поширення туберкульозної інфекції.

1. Туберкульозний вовчак (люпоїдний туберкульоз) розвивається внаслідок гематогенного або лімфогенного розповсюдження мікобактерій.

2. Скрофулодерма (вторинна скрофулодерма) — мікобактерії потрапляють у шкіру контактним шляхом у місцях туберкульозного лімфаденіту, туберкульозу кісток і суглобів.

3. Коліквативний туберкульоз шкіри (первинна скрофулодерма) розвивається внаслідок гематогенного поширення мікобактерій.

4. Міліарний туберкульоз шкіри — це теж наслідок гематогенної дисемінації збудника.

5. Виразковий туберкульоз шкіри і слизових оболонок виникає внаслідок аутоінокуляції мікобактерій у випадках тяжкого ураження туберкульозом внутрішніх органів.

6. Післявакцинальний туберкульоз (ускладнення вакцинації БЦЖ).

Клінічні прояви частіших форм. На місці проникнення мікобактерій виникає щільна червоно-коричнева папула, яка поступово перетворюється в неглибоку безболісну виразку діаметром до 2-5 см. Навколо немає гострозапальних явищ, переважає синюшне забарвлення, краї м'які, підриті, дно зернисте (множинні мікроабсцеси). У давніших випадках розвивається крайове ущільнення, на поверхні виразки утворюється груба кірочка. В окремих випадках спочатку утворюється вузол в підшкірній клітковині (абсцес), проривається і нагадує скрофулодерму. Через 3-8 тижнів розвивається регіонарний лімфаденіт. У хворих спостерігають віраж проби Манту в перші тижні хвороби. Без лікування виразка загоюється приблизно через рік, залишаючи рубець.

Бородавчастий туберкульоз шкіри. Хворіють переважно ветеринари, прозектори, м'ясники, люди, які доглядають за тваринами, хворими на туберкульоз, внаслідок екзогенного занесення в шкіру мікобактерій бичачого типу.

Характерна локалізація — розгинальні поверхні кистей, ступень, пальців; у дітей — гомілки, коліна. Спочатку виникають дрібні, неболючі бородавчасті елементи висипки (папули, горбики) сіро-червоного кольору із вузькою синюшною запальною облямівкою навколо, які згодом зливаються у щільні бляшки із поліциклічними обрисами. Поверхня їх бородавчата, папіломатозна, вкрита тріщинами, борозенками, роговими нашаруваннями в центрі. Вони чітко відмежовані від здорової шкіри, частіше — поодинокі, рідше — множинні, коричнево-червоного кольору. Навколо бляшки — гладенький інфільтрований синюшно-червоний валик і віночок синюшної еритеми на межі із здоровою шкірою. При натискуванні з центральної частини бляшки виділяються крапельки гною, в якому можуть бути виявлені мікобактерії. В подальшому в центрі бляшки процес регресує із розвитком пігментованого атрофічного рубчика, на якому не спостерігають рецидивів.

Диференційний діагноз. Первинний туберкульоз: твердий шанкр, споротрихоз, ектима.

Бородавчастий туберкульоз: бородавки звичайні, вегетуюча піодермія, бромодерма, бородавчата форма плоского лишая, рак шкіри.

Туберкульозний вовчак: дискоїдний червоний вовчак, горбикові сифіліди, саркоїдоз.

Скрофулодерма: актиномікоз, споротрихоз, сифілітична гума, гідраденіт, кулясті вугри.

Коліквативний туберкульоз: гідраденіт, сифілітична гума, панікуліт.

Міліарний туберкульоз: папульозні сифіліди, парасоріаз. Виразковий туберкульоз: твердий шанкр, рак шкіри.

Лікування туберкульозу шкіри повинно бути комплексним, тривалим і безперервним. Терапія повинна бути комбінованою, щоб гальмувати розвиток стійкості мікобактерій до ліків, і передбачати синергізм дії антибактерійних препаратів. Призначають (як мінімум) одночасно два препарати на тривалий строк. Лікування починають із призначення ізоніазиду і рифампіцину в комбінації із етамбутолом, стрептоміцином або піразинамідом. Комбінацію ізоніазиду і рифампіцину призначають впродовж 9 місяців, інші препарати можна змінювати. У випадках, коли хворий уперші 2 місяці одержував чотири протитуберкульозні препарати, курс лікування може обмежитись 6 місяцями.

Скрофулодерма.

Хворіють частіше підлітки та люди похилого віку. Інфекція поширюється із уражених туберкульозом лімфовузлів, кісток, суглобів.

Найчастіше процес локалізується на білявушній, підщелепній та надключичній ділянках, боковій поверхні шиї. Спочатку утворюється щільний рухомий, глибокий вузол у підшкірній клітковині, вкритий незміненою шкірою. Він поступово збільшується, з'єднується із навколишніми тканинами, шкіра над ним набуває червоно-синюшного забарвлення. Згодом вузол розм'якшується, проривається з виділенням гною і казеозних мас. Утворюється нориця або виразка неправильної форми, із навислими, підритими краями, ходами і підшкірними кишнями, де спостерігають флуктуацію. Колір вогнищ фіолетовий, червоно-коричневий. Після загоєння утворюються втягнуті рубці із тяжами, міс-

точками незруйнованих тканин. На рубцях можуть виникати нові горбки, верукозні вогнища. Проба Манту, залежно від стану імунітету, може бути позитивною або негативною.

Діагностика туберкульозу шкіри

1. Клініка, перебіг.

2. Наявність туберкульозу внутрішніх органів.

3. Проба Манту: результати проби оцінюють через 48-72 години. Проба негативна при повній відсутності інфільтрату та еритеми; сумнівна — інфільтрат (папула) 2-4 мм або тільки еритема будь-якого розміру без інфільтрату; позитивна — виражений інфільтрат (папула) діаметром 5 мм і більше. Гіперергічними вважають реакції з діаметром інфільтрату у дітей і підлітків 17 мм і більше, у дорослих — 21 мм і більше, а також везикуло-некротичні реакції незалежно від розмірів інфільтрату з лімфангітом або без нього.

4. Дані патогістологічного дослідження.

5. Виявлення мікобактерій туберкульозу у гістологічних препаратах, шляхом посіву та за допомогою полімеразної ланцюгової реакції є незаперечним підтвердженням туберкульозної етіології процесу.

6. Пробна терапія (тест-терапія) — позитивна динаміка процесу при призначенні протитуберкульозної терапії.

Інформативність цих даних найвища при комплексному оцінюванні.

Профілактика передбачає усі загальновідомі заходи, що стосуються туберкульозу взагалі. Раннє виявлення хворих на туберкульоз сприяє санації, припиненню виділення мікобактерій. Хворі повинні знаходитись на диспансерному обліку, рекомендують проводити проти-рецидивні курси лікування.