

## КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014  
УДК 616.5-002.524-036.1

## Клиническое наблюдение плоской формы туберкулезной волчанки

Дегтярев О.В.<sup>1</sup>, Афанасьева М.А.<sup>2</sup>, Кирилюк И.А.<sup>2</sup>, Меснянкина О.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра дерматовенерологии (зав. – проф. О.В. Дегтярев) ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России, 414000, Астрахань, Россия; <sup>2</sup>ГБУЗ Астраханской области Областной кожно-венерологический диспансер (гл. врач – канд. мед. наук В.В. Думченко), 414000, Астрахань, Россия;

*Описан случай плоской формы туберкулезной волчанки – заболевания, достаточно редко встречающегося в дерматологической практике и при этом имеющего различные клинические формы, что предопределяет сложность диагностики. Приведенное наблюдение свидетельствует о необходимости применения комплексных клинко-рентгенологических, инструментальных и морфологических методов исследования в диагностике туберкулеза кожи, требующего пристального внимания как фтизиатрической и дерматологической служб, так и врачей общей практики.*

**Ключевые слова:** туберкулез кожи; туберкулезная волчанка.

### CLINICAL OBSERVATIONS OF SQUAMOUS LUPUS TUBERCULOSUS

Degtyarev O.V.<sup>1</sup>, Afanasyeva M.A.<sup>2</sup>, Kirilyuk I.A.<sup>2</sup>, Mesnyankina O.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Astrakhan State Medical Academy, 414000, Astrakhan, Russia; <sup>2</sup>Astrakhan Regional Center of Skin and Sexually-Transmitted Diseases, 414000, Astrakhan, Russia

*A case with squamous lupus tuberculosis is described. The disease is rather rare in dermatological practice and has several clinical forms, determining the difficulties of its diagnosis. The case presented in this report demonstrates that a complex of clinical roentgenological, instrumental, and morphologic methods of examination has to be used for the diagnosis of cutaneous tuberculosis and the patients should receive the attention of phthisiologists and dermatologists, as well as of general practitioners.*

**Key words:** cutaneous tuberculosis; lupus tuberculosis.

Туберкулез кожи вызывают микобактерии туберкулеза как человеческого (*Mycobacterium tuberculosis*), так и бычьего вида (*Mycobacterium bovis*) [1–3].

Туберкулезные поражения кожи представляют собой гетерогенную группу заболеваний, различающихся по клиническим, морфологическим проявлениям и исходу. Они, как правило, развиваются вторично у лиц, ранее переболевших или болеющих в то же время туберкулезом других органов [4].

Туберкулез кожи встречается достаточно редко и в общей структуре заболеваемости туберкулезом составляет менее 0,1% [3, 5].

Специфическое поражение кожи, по мнению ряда исследователей, занимает 5-е место среди всех локализаций внелегочного туберкулеза после туберкуле-

за костей и суставов, лимфатических узлов, мочеполовой и пищеварительной систем [6–8].

В последние годы специалистами отмечается увеличение количества больных туберкулезом кожи в связи с ростом распространенности иммунодефицитов, в том числе при ВИЧ-инфекции. Эпидемиологический прогноз с учетом современных патогенетических концепций указывает на возможный рост заболеваемости туберкулезом кожи в ближайшие годы [7–10].

Дерматологические формы туберкулеза включают разнообразные по клинической картине патологические процессы. Диагностика всех его форм основана на клинических данных, результатах рентгенологического обследования, гистологического исследования биоптата, определении туберкулиновой аллергии, а также эффективности тест-терапии [1, 3, 9].

Волчанка туберкулезная (*lupus vulgaris*) — самая распространенная форма туберкулеза кожи. В большинстве случаев заболевание возникает в детском или юношеском возрасте, чаще у лиц женского пола.

Возбудитель попадает в кожу преимущественно лимфо- или гематогенно из других очагов туберкулезной инфекции (легкие, лимфатические узлы и др.) [11]. Часто сочетается с туберкулезом периферических лимфатических узлов (97%) и костно-

#### Сведения об авторах:

Дегтярев Олег Владимирович, доктор мед. наук, профессор; Афанасьева Марина Аркадьевна, зав. амбулаторным отделением № 1; Кирилюк Ирина Александровна, кандидат мед. наук, врач-дерматовенеролог; Меснянкина Ольга Александровна, кандидат мед. наук, ассистент (olga\_mesnyankina@mail.ru).

#### Corresponding author:

Mesnyankina Olga, MD, PhD, assistant (olga\_mesnyankina@mail.ru).

суставным туберкулезом (30%) [3]. Туберкулезная волчанка обычно протекает на фоне нормергической реакции на пробу Манту с 2 ТЕ [12].

Высыпания локализуются преимущественно на лице, значительно реже – на конечностях, в перианальной области, в редких случаях – на туловище. Первичным морфологическим элементом является бугорок (люпома). В начале заболевания бугорки малозаметны, имеют вид желтовато-красных или красновато-коричневых округлых пятен диаметром 2–5 мм с четкими границами. В течение нескольких месяцев инфильтрация увеличивается и бугорки становятся более заметными, но все же в большинстве случаев незначительно возвышаются над кожей (*lupus vulgaris planus*). При диаскопии цвет элементов меняется на желтовато-коричневый (симптом яблочного желе). Характерна мягкая консистенция бугорков, в связи с чем при надавливании пуговчатым зондом возникает стойкое углубление, а при более энергичном давлении – разрыв элемента, отмечаются выраженная болезненность, кровоточивость (симптом проваливания зонда).

Особенности роста и распространения люпом, наличие или отсутствие изъязвления, степень инфильтрации кожи, характер поверхности определяют многообразие клинических проявлений, которое считается характерным для люпоидного туберкулеза кожи.

Выделяют плоскую, язвенную, псориазиформную, опухолевидную, серпигинирующую, веррукозную, диссеминированную и другие формы туберкулезной волчанки. Возможно сочетание нескольких форм (чаще плоской и язвенной) у одного и того же больного. Кроме кожи, туберкулезная волчанка нередко (до 70% случаев) наблюдается и на слизистых оболочках. Чаще всего поражается полость носа, рта (десны, твердое и мягкое небо, глотка, губы и др.).

Наиболее часто встречается плоская форма туберкулезной волчанки (*lupus vulgaris planus*), при которой отдельные бугорки сливаются между собой, образуя очаги поражения различных очертаний и величины, увеличивающиеся в результате появления по периферии новых бугорков. Поверхность очага поражения обычно гладкая, шелушение отсутствует или небольшое, в редких случаях имеются обильное мелкопластинчатое шелушение (*lupus vulgaris pityriasiformis*), наслоения корок, иногда бородавчатые разрастания (*lupus vulgaris verrucosus*), часто наступает изъязвление (*lupus vulgaris exulcerans*). Язвочки поверхностные, с мягкими, подрытыми, неровными краями, вокруг них сохраняется светлокоричневый инфильтрат. Дно язвочек покрыто гноем, зернистое вследствие образования грануляций. Язвенные поражения могут распространяться по периферии (*lupus vulgaris serpiginosus*) или вглубь, в результате чего разрушаются подкожная жировая клетчатка, хрящевая часть носа и ушей, происходит отторжение фаланг пальцев, что может привести к значительному обезображиванию (*lupus vulgaris mutilans*).

К редким вариантам относится эритематозоподобная туберкулезная волчанка, возникающая вследствие слияния мелких поверхностных эритематозных элементов, покрытых плотно прилегающими беловатыми чешуйками, что придает им сходство с таковыми при красной волчанке. Также выделяют саркоидоподобную туберкулезную волчанку, клинически проявляющуюся инфильтративными эритематозными очагами из слившихся мелких элементов.

Течение туберкулезной волчанки длительное, без лечения многолетнее. Ухудшение наблюдается зимой. На месте язвенных поражений остаются рубцы. Если бугорки не изъязвляются, то после них остается нежная рубцовая атрофия. Характерно наличие в зоне рубца или атрофии типичных люпом. При длительном существовании волчанки (несколько чаще у мужчин) может развиваться *lupus-carcinoma*, главным образом на фоне язвенного процесса.

При гистологическом исследовании обнаруживают бугорки из эпителиоидных клеток с казеозным некрозом в центре, окруженные лимфоцитами, гигантскими клетками. Возможно выявление микобактерий туберкулеза.

Туберкулезную волчанку необходимо дифференцировать от бугоркового сифилида, мелкоузелкового саркоидоза, лимфоцитомы, дискоидной красной волчанки, плоскоклеточного рака, люпоидного сикоза, туберкулоидной лепры, туберкулоидной формы лейшманиоза.

Приводим наше клиническое наблюдение плоской формы туберкулезной волчанки.

Больная М., 28 лет, жительница Астраханской области обратилась в поликлинику Областного кожно-венерологического диспансера (ОКВД Астраханской области) с жалобами на высыпания на коже, болезненность в области нижних конечностей.

Больна около 1 года, когда впервые отметила появление болезненных высыпаний на коже лица, нижних конечностей. Из анамнеза известно, что с 5 сентября по 10 октября 2012 г. находилась на лечении в хирургическом отделении Александро-Мариинской областной клинической больницы с диагнозом криптогенного сепсиса; множественных абсцессов селезенки. Осложнение основного заболевания – левосторонний содружественный плеврит. Сопутствующее заболевание – вторичный панникулит. Произведена спленэктомия. Согласно заключению гистологического исследования: гистологическая картина гранулематозного воспаления. Для исключения специфического процесса пациентка была направлена в Областной противотуберкулезный диспансер Астраханской области (ГБУЗ АО ОПТД), где находилась на обследовании и лечении во фтизиохирургическом отделении с диагнозом туберкулеза кожи(?); туберкулемы верхней доли правого легкого(?).

При обследовании в ГБУЗ АО ОПТД по данным рентгенографии органов грудной клетки и томографии (срез 12 см): в S<sub>III</sub> на фоне фиброзных изменений видна тень с неровным контуром, корень деформирован. В динамике – увеличение опухоли с 1,2 до 2 см. Слева синус запаян, диафрагма поднята до VII ребра, в нижней доле фиброзные изменения.





Рис. 1. Больная М. Туберкулезная волчанка кожи. *а* – поражение кожи лица; *б* – поражение кожи голени.

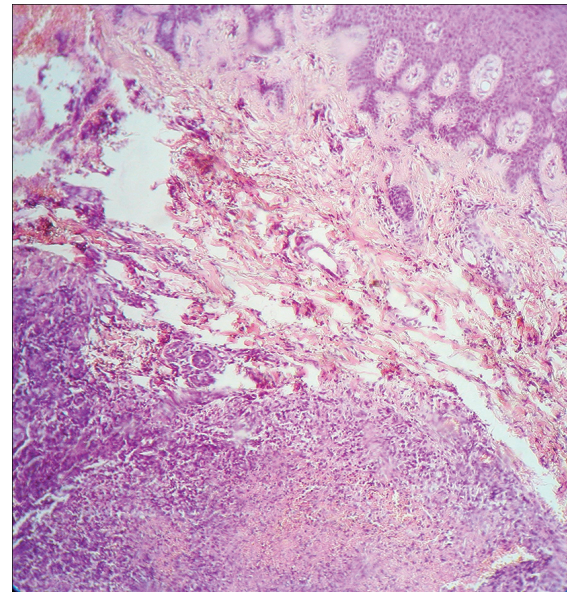


Рис. 2. Гистологический препарат. Эпидермис утолщен, очаг некроза в глубоких отделах дермы, окруженный нейтрофилами, лимфоцитами и эпителиоидными клетками. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 400.

Общий анализ крови: лейкоциты  $6,8 \cdot 10^9/\text{л}$ ; СОЭ 52 мм/ч, остальное без особенностей. Общий анализ мочи и биохимический анализ крови без особенностей. Анализ крови на комплекс серологических реакций, антитела к ВИЧ, HBsAg, HCV-AT отрицательные.

Результаты исследования мокроты и отделяемого из язв на голени на микобактерии туберкулеза отрицательные.

По рекомендации фтизиатра больная наружно применяла раствор метиленового синего, стрептоцид, раствор хлоргексидина биглюконата без эффекта.

Биопсия кожи с участка язвы на голени – признаков туберкулезного процесса не обнаружено.

Пациентка была повторно госпитализирована в хирургическое торакальное отделение Областной клинической больницы №1 с диагнозом туберкулемы S<sub>III</sub> верхней доли правого легкого; плевропневмофиброза нижней доли левого легкого.

При поступлении рентгенография органов грудной клетки: слева нижняя доля уменьшена в объеме, уплотнена за счет пневмофиброза легочной ткани. Справа в верхней доле определяется округлое образование с ровными, четкими контурами диаметром 1,6 см. Корни структурны, справа синус свободный, слева синус запаян. Сердце и аорта без особенностей. Анализ мокроты на микобактерии туберкулеза трехкратно отрицателен. Была проведена торакотомия, краевая резекция справа.

Гистологическое исследование: ткань легкого с карнификацией, фиброзом, лимфоцитарной инфильтрацией, полостью; полость образована грануляционной тканью, эпителиальными клетками, среди которых обнаружены единичные гигантские клетки Лангханса, больше данных, указывающих на туберкулезную каверну.

Общий анализ крови: гемоглобин 119 г/л, эритроциты  $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , тромбоциты  $412 \cdot 10^9/\text{л}$ , лейкоциты  $20,1 \cdot 10^9/\text{л}$ , нейтрофилы 75,8% (нейтрофилез), эозино-

филы 0,3%, базофилы 0,1%, лимфоциты 16,4% (лимфоцитопения), моноциты 7,4%. Коагулологические исследования: фибриноген 6,36 г/л (норма 2–4 г/л), тромбиновое время 13,3 с, протромбиновое время 15,2 с, протромбин 71%.

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, глюкоза крови 8,9 ммоль/л, остальное – в пределах нормы.

Рекомендованы лечение и наблюдение у фтизиатра в ОПТД, определение гликированного гемоглобина, осмотр эндокринолога.

Объективно: патологический процесс носит распространенный характер, локализован на кожном покрове лица, преимущественно в области щек и нижней трети голени.

Представлен на лице очагами неправильной формы с четкими границами размером от 1,3×0,8 до 4×5 см, в пределах которых эритема с синеватым оттенком, инфильтрация, серозно-геморрагические корочки, участки атрофии (рис. 1, *а*). В области переднебоковых поверхностей нижней трети голени отмечены очаги неправильной формы с четкими границами размером от 8×10 до 10×15 см, в пределах которых неявная эритема с синеватым оттенком, инфильтрация, сухость, единичные бугорки красно-коричневого цвета, немногочисленные чешуйки светло-серого цвета, по периферии очагов геморрагические и серозно-геморрагические корки (рис. 1, *б*).

Результаты биопсии кожи: эпидермис утолщен, в глубоких слоях дермы очаг коагуляционного некроза, окруженный нейтрофилами, лимфоцитами и эпителиоидными клетками. Морфологически картина соответствует туберкулезу кожи (рис. 2).

На основании жалоб пациентки, анамнеза заболевания, клинической картины, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования, данных гистологического исследования биоптата диагностирована туберкулезная волчанка, плоская форма.

Диагностика различных форм туберкулеза кожи сложна и во многом обусловлена сходством клинической картины с таковой при неспецифических дерматозах (красным плоским лишаем, псориазом, вирусными бородавками и др.), нередко атипичными проявлениями заболевания, а также редкостью данной патологии и недостаточной информированностью врачей общей практики относительно проявлений туберкулеза кожи [4, 6–9, 13].

Представленный клинический случай туберкулезной волчанки кожи свидетельствует о необходимости применения комплексных клинко-рентгенологических, инструментальных и морфологических методов исследования в диагностике туберкулеза кожи, требующего к себе пристального внимания как фтизиатрической и дерматологической служб, так и врачей общей практики.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Беллендир Э.Н. *Внелегочный туберкулез*. СПб.: Гиппократ; 2000.
2. Хэбиф Т.П. *Кожные болезни: диагностика и лечение*. М.: МЕДпресс-информ; 2007.
3. Крутько В.С., Потейко П.И., Ходош Э.М. *Пульмонология: наружные симптомы*. Харьков: НТМТ; 2011.
4. Кабулбекова А.А., Оспанова С.А., Омар А.У., Сыздыкова Ж.А. Туберкулез кожи: проблемы диагностики. *Вестник Казахского национального медицинского университета*. 2012; 1: 51–3.
5. Форбс Ч.Д., Джексон У.Ф. *Клиническая медицина. Цветной атлас и учебник*. М.: Логосфера; 2009.
6. Панасюк А., Панасюк В. Внелегочный туберкулез. *Доктор*. 2002; 4: 44–8.
7. Беллендир Э.Н., Чужов А.Л., Чихарь А.М., Ариель Б.М. Патогенез и дифференциальная диагностика туберкулеза кожи. Часть 2. Дифференциальная диагностика туберкулеза кожи. *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2005; 12: 50–5.
8. Скрипкин Ю.К., ред. *Клиническая дерматовенерология*. М.: Медицина; 2010.
9. Рыжко П.П., Руденко А.В., Ишейкин К.Е., Ишейкина Ю.А., Броше Е.А. *Туберкулез. Туберкулез кожи*. Харьков: Фолио; 2005.
10. Akhdari N., Zouhair K., Habibeddine S., Lakhdar H. Childhood cutaneous tuberculosis from Morocco: a study of 30 cases. *Arch. Pediatr*. 2006; 13(8): 1098–101.
11. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. *Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей*. т.1. М.: Медицина; 1999.
12. Бербейн Б.А., Студницин А.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. М.: Медицина; 1989.
13. Романенко Г.Ф. Туберкулез кожи. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 1999; 1: 63–5.

Поступила 09.07.14

### REFERENCES

1. Bellendir E.N. *Extrapulmonary tuberculosis*. St. Petersburg: Gippokrat; 2000. (in Russian)
2. Hebif T.P. *Skin diseases: diagnostics and treatment*. Moscow: MEDpress-inform; 2007. (in Russian)
3. Krutko V.S., Poteyko P.I., Hodosh E.M. *Pulmonology: external symptoms*. Kharkov: NTMT; 2011. (in Russian)
4. Kabulbekova A.A., Ospanova S.A., Omar A.U., Syzdykova Zh.A. Tuberkulez of skin: diagnostics problems. *Vestnik Kazachskogo nationalnogo meditsinskogo universiteta*. 2012; 1: 51–3]. (in Russian)
5. Forbes Ch.D., Jackson U.F. *Clinical medicine. The color atlas and the textbook*. Moscow: Logosfera; 2009. (in Russian)
6. Panasyuk A., Panasyuk V. Extrapulmonary tuberculosis. *Doctor*. 2002; 4: 44–8. (in Russian)
7. Bellendir E.N., Chuzhov A.L., Chikhar A.M., Ariel B.M. Patogenez and differential diagnostics of tuberculosis of skin. Part 2. Differential diagnostics of tuberculosis of skin. *Problems of tuberculosis and diseases of lungs*. 2005; 12: 50–5. (in Russian)
8. Skripkin Yu.K., ed. *Clinical dermatovenerology*. Moscow: Meditsina; 2010. (in Russian)
9. Ryzhko P.P., Rudenko A.V., Ishcheykin K.E., Ishcheykina Yu.A., Broshe E.A. *Tuberculosis. Skin tuberculosis*. Kharkov: Folio; 2005. (in Russian)
10. Akhdari N., Zouhair K., Habibeddine S., Lakhdar H. Childhood cutaneous tuberculosis from Morocco: a study of 30 cases. *Arch. Pediatr*. 2006; 13(8): 1098–101.
11. Skripkin Yu.K., Mordovtsev V.N. *Skin and venereal diseases: The manual for doctors*. vol.1. Moscow: Meditsina; 1999. (in Russian)
12. Berebeyn B.A., Studnitsin A.A. *Differential diagnostics of skin diseases*. Moscow: Meditsina; 1989. (in Russian)
13. Romanenko G.F. Tuberkulez of skin. *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney*. 1999; 1: 63–5. (in Russian)

Received 09.07.14