



В.Є. Ткач¹, А.П. Мотуляк¹,
Л.І. Генік², І.І. Пилипенко¹,
М.С. Волошинович¹, І.Р. Білокурський²

¹Івано-Франківський національний
медичний університет

²Коломийський районний шкірно-венерологічний
диспансер

Забута хвороба шкіри (про два випадки туберкульозу шкіри)

Ключові слова

Туберкульоз шкіри, частота, особливості клініки, тактика.

Туберкульоз шкіри є одним з рідкісних хронічних інфекційних дерматозів. У недалекому минулому його називали хворобою дитячого віку. Останні десятиріччя в дітей туберкульозу шкіри практично не виявляють, водночас дедалі частіше його реєструють у дорослих та літніх людей [1, 2, 5, 6]. Помітно змінилась і структура клінічних форм, зокрема спостерігаються дисеміновані поєднані форми [1, 3, 4, 7] з доброякісним перебігом, нетиповою клінікою. Реальну захворюваність на туберкульоз шкіри в Україні констатувати неможливо. Всі випадки туберкульозу шкіри в статистичних звітах включають у графу «позалегеновий туберкульоз». З цієї причини, а також у зв'язку з реальним зменшенням кількості хворих на туберкульоз шкіри дерматологи забули про цю недугу. Патоморфоз туберкульозу шкіри негативно вплинув і на його діагностику. Зокрема, його часто діагностують як хронічну піодермію, вузлувату еритему, вугрову хворобу.

Чому за такого високого рівня захворюваності під час фактичної епідемії туберкульозу в Україні (показник усіх форм активного туберкульозу в нашій країні становить 68,4 на 100 тисяч населення) не частішають випадки туберкульозу шкіри? Ймовірно, це пов'язано, по-перше, зі зміною морфологічних властивостей мікобактерії. Шкіра була і лишається доволі сприятливим середовищем для життєдіяльності туберкульозної палички. Підвищення санітарної культури, застосування мийних засобів, живильних і вітамінізованих кремів, без сумніву, позитивно впливають на захисну функцію шкіри. По-друге, в патогенезі туберкульозу шкіри важливу роль відіграють два чинники: імунітет і змінена реактивність усього організму та шкіри зокрема. Набутий (ін-

фекційний) імунітет виробляється у разі потрапляння до організму людини туберкульозної палички. Практично усі ми інфіковані мікобактерією туберкульозу, отож маємо інфекційний імунітет. Якщо він знижується, туберкульозна інфекція активізується і виникає можливість реінфекції, зокрема і проникнення збудника у шкіру, що уражується «власними» мікобактеріями ендогенним шляхом. У 30–40 % хворих на туберкульоз шкіри констатують туберкульозний лімфаденіт, у 25–32 % – легеневий туберкульоз, у решти – туберкульоз кісток та інші форми. Екзогенний шлях буває у спорадичних випадках (первинний туберкульозний комплекс, бородавчастий туберкульоз шкіри). Проникаючи у шкіру, туберкульозна паличка сенсibiliзує її. У більшості хворих на туберкульоз шкіри підвищується чутливість до туберкуліну. Отож марно в минулому дисеміновані форми туберкульозу шкіри називали туберкулідами. Отже, лише комплексне поєднання порушень захисної функції шкіри, зниження імунітету і розвиток сенсibiliзації спричинює туберкульозний процес у шкірі. По-третє, приховування туберкульозу шкіри під іншими хронічними дерматозами, допущення у зв'язку з цим діагностичних помилок також спотворюють реальну картину захворюваності. І ми вважаємо, що цей дерматоз зустрічається значно частіше, ніж його реєструють.

Наводимо два випадки туберкульозу шкіри.

Хвора Б., 1949 р. н., історія хвороби № 4061, м. Коломия, Івано-Франківська область. Звернулася до дерматолога понад рік тому зі скаргами на появу неболісних вузлів у ділянці гомілок. Дерматолог діагностував вузлувату еритему, призначив пеніцилін, нестероїдні протизапальні

та антигістамінні препарати, компреси з іхтіоловою маззю та 40 % розчином спирту. Лікування протягом двох місяців ефекту не дало. З'явилися висипи на шиї, біля вушної раковини, під ключицею. Окремі вузли вкрилися виразками. Хвора повторно звернулася до висококваліфікованого дерматолога Коломийського шкірно-венерологічного диспансеру. На підставі даних анамнезу (хвору 2009 року прооперовано з приводу розлитого серозного перитоніту) та клінічних виявів лікар запідозрив туберкульоз шкіри. Хвору ми проконсультували. Під час огляду на задньо-бічних поверхнях гомілок (рис. 1) виявлено вузли різних розмірів з нечіткими межами, щільної консистенції, чутливі. Шкіра над ними коричнюватого кольору із синюшним відтінком. Між окремими вузлами пальпуються шнуроподібні потовщення (ендо- та перифлебіти). У навколо-вухній ділянці, під щелепою, над ключицею ліворуч (рис. 2) — вузли червоного та синього кольору, тістуватої консистенції, з вогнищами флукуації. Біля козелка вушної раковини і над ключицею нерізка болісна виразка полігональної форми з навислими м'якими краями. Над ключицею виразка у вигляді нориці. При відкритті

вузлів (зі слів хворої) вивільняються вершкоподібні маси з окремими дрібними включеннями, що нагадують згорнуте молоко.

Загальний аналіз крові: ер.— $3,6 \cdot 10^{12}$ /л; Hb — 128 г/л; к. п.— 1,0; л.— $4,5 \cdot 10^9$ /л; б.— 0 %; е.— 0 %; п.— 6 %; с.— 58 %; лімф.— 33 %; мон.— 3 %. Загальний аналіз сечі без патологічних змін. Біохімічний аналіз крові: сечовина — 4,6 ммоль/л; креатинін — 63,2 ммоль/л; загальний холестерин — 5,2 ммоль/л; загальний білірубін — 16,2 ммоль/л; тимолова проба — 3,4 од; АЛТ — 0,46 ммоль/л/год; АСТ — 0,36 ммоль/л/год; α -амілаза — 20,9 мг (с.л.); С-реактивний білок — ++; РК від'ємний; глюкоза крові — 4,5 ммоль/л. Імуноферментний та імунохемолюмінісцентний аналіз крові: токсоплазми немає, мікобактерію туберкульозу виявлено. Реакція Манту різко позитивна (папула 18 мм). Яєць глистів у калі не знайдено. Rtg-графія органів грудної клітки в межах вікової норми. УЗД органів черевної порожнини: ознаки хронічного холецистититу, хронічного панкреатиту, кіста лівої нирки, сольовий діатез. В асцитній рідині (під час оперативного втручання у 2009 році): α -амілаза — 35 г/(год·л), проба Рівальта — ++, білок — 21 г/л, ер.— 8–10



Рис. 1. Туберкульоз шкіри. Вогнища у вигляді вузлів на задньо-бічних поверхнях лівої (А) та правої (Б) гомілки

в полі зору, л.— до 80 у полі зору, переважно нейтрофіли та лімфоцити 50/50, клітини мезотелію — 2—3 до 10 в полі зору, атипових клітин немає. Патогістологічне дослідження біоптату вузла лівої надключичної ділянки: інфільтрат складається переважно з епітеліоїдних і гігантських клітин, лімфоцитів, плазмоцидів, розміщених по периферії колагенових і еластичних волокон. Кровоносних та лімфатичних судин немає. По периферії інфільтрату виявлено у незначній кількості туберкулозні палички. Клінічний діагноз: поєднаний (*scrofuloderma et erythema induratum*) туберкульоз шкіри. Хвору направлено на лікування в обласний протитуберкульозний диспансер. Після місячного курсу специфічної комбінованої терапії стан пацієнтки значно поліпшився, частина вузлів регресувала з незначною атрофією по центру та гіпопигментацією. Виразки заповнилися грануляційною тканиною, помітне формування характерних рубців, вкритих сосочкоподібними утвореннями. Хвора продовжує специфічне лікування.

Хвора К., 52 роки, акушерка, понад 10 років лікувалась у дерматологів та отоларингологів з приводу дерматиту, екземи, кільцеподібної еритеми, саркоїдозу вухної раковини. Поліпшення наставало влітку, однак узимку процес знову загострювався. Останні роки, зневірившись у ефективності терапії, самостійно застосовувала різні креми, мазі з глюкокортикоїдами, антибіотиками. Вперше звернулася до нас у 2010 році. Під час огляду на правій вухній раковині пухлиноподібне утворення у вигляді горбиків з коричнюватим відтінком, невелике. Діаскопія показала чітко виражений симптом «яблучного желе». По краю утворення — атрофічний гладенький рубець. Реакція Манту різко позитивна (папула 20 мм). Загальний аналіз крові та сечі без особливостей. RW негативна, біохімічне дослідження крові без відхилень від норми. Rtg-графія легень: у середній частці правої легені два вогнища Гона, посилений малюнок коренів легень (хвора у дитинстві перенесла бронхоаденіт). У біоптаті з горбика виділяється інфільтрат, що складається з епітеліоїдних клітин по центру і широкою зоною лімфоцитів по периферії. У полі зору поодинокі клітини Лангханса. Колагенових та еластичних волокон немає. В поширених судинах венозний застій. Діагностовано туберкульозний вовчак, пухлинну форму (*Lupus vulgaris tumidus*). Діагноз підтвердив фтизіатр. Призначено комбіновану специфічну терапію. Півроку хвора проходила лікування під наглядом фтизіатра. Пухлиноподібне утворення зменшилося, на місці горбикового інфільтрату утворився атрофічний нерівний рубець, що спотворив форму



Рис. 2. Туберкульоз шкіри. Вузли у привушній та підщелепній ділянках, виразки над лівою ключицею та поблизу козелка вухної раковини

вухної раковини. Хворій рекомендовано оперативне втручання у хірурга-косметолога.

Висновок

Наведені випадки свідчать про відносну рідкість випадків туберкульозу шкіри. Хворих на туберкульоз шкіри мають лікувати і спостеріга-

ти за ними фтизіатр та дерматолог. Доцільно було б при обласних дерматовенерологічних диспансерах ввести посаду фтизіатра-дерматолога, який би і виявляв цих хворих, а також здійснював диспансерне спостереження, оскільки під час епідемії легеневого туберкульозу та в після-

епідемічний період імовірно зростання захворюваності і на позалегеновий туберкульоз (зокрема й туберкульозу шкіри). Метою нашого повідомлення є привертання уваги дерматологів до цієї складної у діагностиці та лікуванні хвороби шкіри.

Список літератури

1. Довжанский С.И., Грашкіна И.Г., Пяткіна В.И. и др. Структура заболеваемости туберкулезом кожи // Вестн. дерматол.— 1991.— № 1, № 2—3.— С. 61—63.
2. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей / Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева.— М.: Медицина, 1999.— Т. 1.— С. 312—345.
3. Ришко П.П. Туберкулёз кожи.— Харьков, 2010.— 540 с.
4. Тихомирова Н.В. Забытая болезнь века (о четырех случаях туберкулёза кожи) // Вестн. дерматологии.— 1995.— № 1.— С. 54—56.
5. Чистякова И.А. Туберкулезная волчанка // Вестн. дерматологии.— 1990.— № 10.— С. 65—67.
6. Sehgal V.N., Srivastava M.D., Khurana V.K. et al. An appraisal of epidemiologic, clinical, bacteriologic, histopathologic and immunologic parameters in cutaneous tuberculosis // Int. J. Dermatol.— 1987.— N 26.— P. 521—526.
7. Ramesh V., Misra R.S., Jain R.K. Secondary tuberculosis of the skin: clinical features and problems in laboratory diagnosis // Int. J. Dermatol.— 1987.— N 26.— P. 578—581.

В.Е. Ткач, А.П. Мотуляк, Л.И. Генік, І.І. Пилипенко,
М.С. Волошинович, І.Р. Билокурський

Забытая болезнь кожи (о двух случаях туберкулеза кожи)

Описаны два случая туберкулеза кожи, акцентировано внимание на особенностях клиники, диагностических ошибках. Высказана обеспокоенность относительно заболеваемости туберкулезом кожи в Украине.

V.Ye. Tkach, A.P. Motulyak, L.I. Genyk, I.I. Pylypenko, M.S. Voloshynovych, I.R. Bilokursky

Forgotten skin disease (about two cases of skin tuberculosis)

Two cases of skin tuberculosis were described. The most attention was paid to the clinical features and diagnostic errors. An information regarding increasing of skin tuberculosis morbidity in Ukraine was shown.