

Милиарная диссеминированная волчанка лица как редкий случай проявления туберкулеза кожи: клиническое наблюдение

М.М. Тлиш, М.И. Глузмин, М.И. Карташевская, Н.Л. Сычева

Disseminated miliary lupus of the face as a rare form of skin tuberculosis: a clinical observation

M.M. TLISH, M.I. GLUZMIN, M.I. KARTASHEVSKAYA, N.L. SYCHEVA

об авторах: ▶

М.М. Тлиш — к.м.н., зав. кафедрой дерматовенерологии ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар

М.И. Глузмин — к.м.н., главный врач ГУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер», Департамент здравоохранения Краснодарского края, доц. кафедры дерматовенерологии ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар

М.И. Карташевская — к.м.н., асс. кафедры дерматовенерологии ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар

Н.Л. Сычева — к.м.н., врач-дерматовенеролог ГУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер», Департамент здравоохранения Краснодарского края, Краснодар

Представлено клиническое наблюдение редкой формы туберкулеза кожи — диссеминированной милиарной волчанки лица.

Ключевые слова: **туберкулез кожи, клинические проявления.**

The article describes a clinical observation of a rare form of skin tuberculosis – disseminated miliary lupus of the face.

Key words: **skin tuberculosis, clinical manifestations.**

■ Туберкулез кожи — группа заболеваний, обусловленных внедрением в кожу микобактерий туберкулеза. Различают 4 типа микобактерий: человеческий, бычий, птичий и холоднокровных. Для человека патогенны два первых типа, однако у больных туберкулезом кожи чаще обнаруживают микобактерии человеческого типа.

Здоровая кожа является неблагоприятной средой для жизнедеятельности микобактерий, и только определенные условия могут способствовать развитию заболевания. К ним относят гормональную дисфункцию, патологию нервной системы, витаминный дисбаланс, расстройства водного и минерального обмена, сосудистые нарушения, неудовлетворительные социально-бытовые и климатические условия, инфекционные заболевания [1]. Все перечисленные факторы снижают защитные силы организма и повышают его восприимчивость к микобактериям туберку-

леза. Немаловажной причиной снижения иммунитета является вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) [2]. Микобактерии проникают в кожу различными путями, однако эндогенный путь распространения явно преобладает. При этом возбудитель заносится в кожу гематогенно или лимфогенно из туберкулезного очага в другом органе.

Среди всех дерматозов туберкулезное поражение кожи встречается редко, однако в последнее время можно отметить тенденцию к росту заболеваемости как в России, так и в странах Европы [1].

Кожные формы туберкулеза включают разнообразные по клинической картине нозологические формы. Разновидностями вторичного туберкулеза являются туберкулезная волчанка, скрофулодерма, папулонекротический туберкулез, индуративная эритема Базена, бородавчатый туберкулез, острый милиарный туберкулез, милиарная диссеминированная

волчанка лица. Самая распространенная клиническая форма — туберкулезная волчанка. Одной из самых редких разновидностей туберкулеза кожи является милиарная диссеминированная волчанка лица [3]. Впервые заболевание описано Fox в 1878 г. [4]. Вероятнее всего, этот дерматоз представляет собой папулезный вариант локализованного папулонекротического туберкулеза. Характеризуется появлением почти исключительно на лице изолированных милиарных безболезненных папул желтовато-коричневого или красновато-коричневого цвета, полушаровидных, с пустулоподобным центром, мягкой консистенции, с диаскопии дающих феномен «яблочного желе». Высыпания располагаются обычно поверхностно, но могут быть и более глубокими, напоминающими акнит. После регресса могут оставаться рубчики. В редких случаях высыпания могут появляться на конечностях и на туловище.

Некоторые исследователи отрицают связь данного заболевания с туберкулезом и рассматривают его как гранулематозный вариант розацеа [3]. Другие клиницисты в связи со схожестью клинической и патоморфологической картины рассматривают этот дерматоз в группе псевдотуберкулидов (в случае отрицательных результатов полимеразной цепной реакции для выявления ДНК туберкулезной бациллы в свежих высыпаниях) [4].

В связи с редкостью милиарной диссеминированной волчанки лица и трудностью дифференциальной диагностики приводим собственное наблюдение.

Больной С., 45 лет, неработающий, с декабря 2009 г. наблюдался у дерматолога по месту жительства с диагнозом: розацеа, папулезная форма. В связи с неэффективностью амбулаторного лечения 13.01.11 был направлен для уточнения диагноза и назначения лечения в Краснодарский краевой кожно-венерологический диспансер. При сборе анамнеза выяснилось, что самостоятельно используемые пациентом глюкокортикостероидные кремы не оказывали влияния на появление и исчезновение высыпаний.

Кожный статус характеризовался множественными очагами поражения, расположенными на коже лица в области лба, век, щек, носа, подбородка, а также ушных раковин и шеи. Единичные элементы локализовались на коже груди и разгибательной поверхности плеч. Высыпания представлены отдельными, не склонными к слиянию, мягкими и безболезненными при пальпации, полушаровидными папулами розовато-бурого цвета диаметром до 0,2—0,3 см (некоторые — с пустулоподобным центром) (рис. 1). При диаскопии феномен яблочного желе слабоположительный, феномен «пылинок» — отрицательный. Симптом зонда Поспелова отрицательный. Между некоторыми папулами располагаются множественные мелкие эрозии ярко-красного цвета, белесоватые и слегка синюшные атрофические рубчики и синюшно-корич-



Рис. 1. Милиарные папулы на коже лица

неватые пятна диаметром до 0,3 см (рис. 2). Субъективные ощущения отсутствовали.

Проведено дополнительное обследование для исключения мелкоузелкового саркоидоза, гранулематозной розацеа и декарвирующего фолликулита. При флюорографии органов грудной клетки от 14.10.10 патологии не выявлено. Общие анализы мочи и крови в норме. В биохимическом анализе крови выявлено увеличение содержания С-реактивного белка до 11,62 мг/л. Результаты гистологического иссле-



Рис. 2. Различные стадии развития элементов (эрозии, рубчики, вторичные пятна)

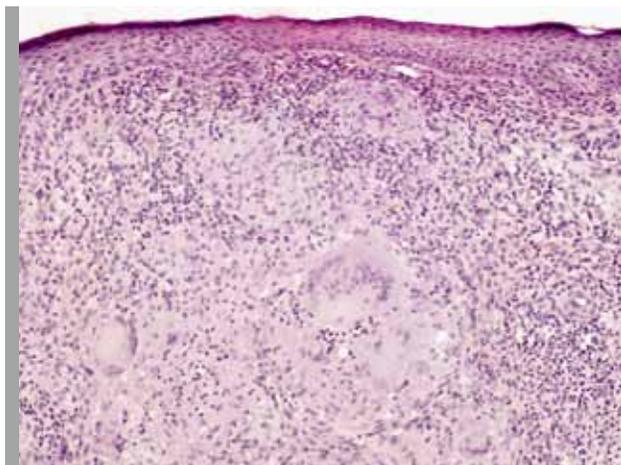


Рис. 3. Гранулемы из эпителиоидных и гигантских клеток

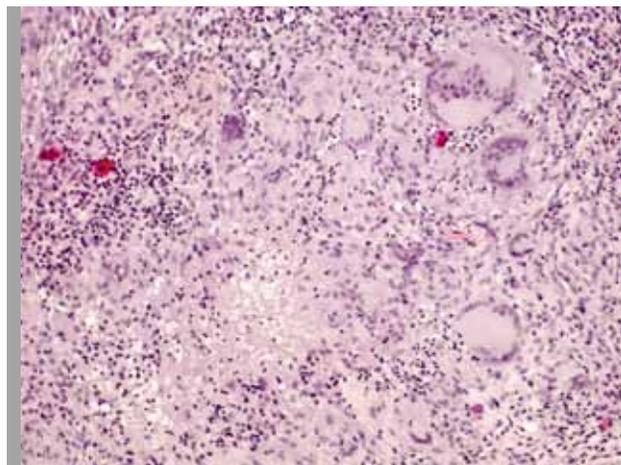


Рис. 4. Казеозный некроз в центре гранулем

дования биоптата кожи, взятого из очагов поражения в области лица и шеи: эпидермис с тенденцией к атрофии. В средних и глубоких отделах дермы располагаются гранулемы из эпителиоидных и гигантских клеток Пирогова — Лангханса, окруженные валом из многочисленных лимфоидных клеток (рис. 3). В центре некоторых гранул нерезко выраженный казеозный некроз (рис. 4). Среди клеток гранул обнаружены кислотоустойчивые палочки, окрашивающиеся в красный цвет по методу Циля — Нильсена (рис. 5). Заключение: морфологическая картина с учетом гистохимического исследования больше соответствует туберкулезу кожи.

На основании данных клинической картины и гистологического исследования установлен диагноз: милиарная диссеминированная волчанка лица. Пациент направлен на лечение в Краснодарский краевой противотуберкулезный диспансер. Диагноз подтвержден, пациент проходит дополнительное обследование по выявлению очагов первичного туберкулеза, получает специфическое лечение.

Таким образом, приведенный клинический случай демонстрирует важность настороженности дерматовенерологов в отношении возможности туберкулезной природы поражения кожи. ■

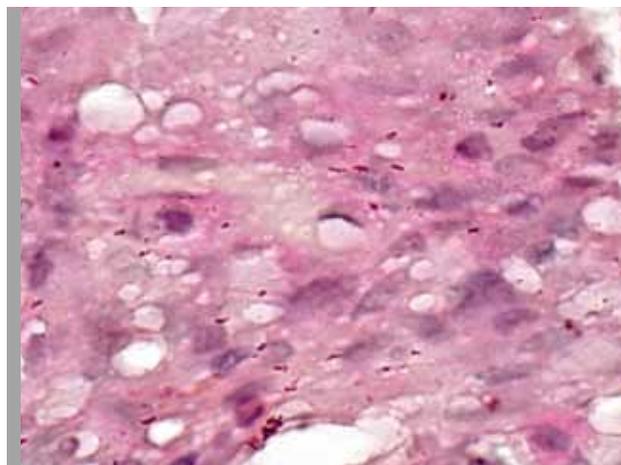


Рис. 5. Кислотоустойчивые палочки среди клеток гранулемы

Литература

1. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни. М: Медицина 1997; 351.
2. Скрипкин Ю.К., Бутов Ю.С. Клиническая дерматовенерология. Руководство в 2 т. М: ГЭОТАР-Медиа. 2009.
3. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4 т. М: Медицина. 1995.
4. Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. М: ООО «Медицинское информационное агентство». 2009.