

# Распространенная скрофулодерма: клиническое наблюдение

Н.В. Кузьмина<sup>1</sup>, Ю.Э. Русак<sup>1</sup>, О.В. Попик<sup>1</sup>, Л.С. Борхонова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа — Югры» 628412, Ханты-Мансийский АО — Югра, г. Сургут, проспект Ленина, д. 1

<sup>2</sup> КУ ХМАО — Югры «Нижневартовский противотуберкулезный диспансер» 628624, Ханты-Мансийский АО — Югра, г. Нижневартовск, ул. Мира, 74-Б

Представлено наблюдение клинического случая скрофулодермы у 55-летней пациентки, представляющее интерес в связи с распространенностью патологического процесса и длительным (в течение 25 лет) недиагностируемым периодом заболевания туберкулезом кожи, обусловленным проблемами выявления данной локализации туберкулеза.

Ключевые слова: **туберкулез кожи, скрофулодерма.**

Контактная информация: knv@adm.surgut.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2014; (6): 144—148.

# Widespread scrofuloderma: a case study

N.V. Kuzmina<sup>1</sup>, Yu.E. Rusak<sup>1</sup>, O.V. Popik<sup>1</sup>, L.S. Borkhonova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> GBOU VPO Surgut State University, Khanty-Mansi Autonomous Area (Yugra) Lenina Avenue, 1, Surgut, 628412, Khanty-Mansi Autonomous Area, Russia

<sup>2</sup> KU Nizhnevartovsk Tuberculosis Dispensary Mira str., 74-B, Nizhnevartovsk, 628624, Khanty-Mansi Autonomous Area (Yugra), Russia

The authors present a case study of scrofuloderma in a female patient aged 55; the patient's condition was of interest due to the prevalence of the pathology and long-term (25 years) undiagnosed skin tuberculosis as a result of problems with the diagnostics of this localization of tuberculosis.

Key words: **skin tuberculosis, scrofuloderma.**

Corresponding author: knv@adm.surgut.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2014; 6: 144—148.

Скрофулодерма (*tuberculosis cutis colliquativa/scrofuloderma*) — одна из наиболее часто встречающихся форм туберкулеза кожи, характеризующаяся типичной клинической симптоматикой.

Название заболевания происходит от позднелатинского *scrofulae* — увеличенные лимфатические узлы. Существует две разновидности этой формы туберкулеза кожи: первичная скрофулодерма, характеризующаяся формированием подкожных узлов, и вторичная, развивающаяся при распространении на кожу патологического процесса из лимфатических узлов [1].

В соответствии с эволюционной патогенетической классификацией внелегочного туберкулеза, адаптированной к туберкулезу кожи, имеются четыре стадии поражения [2]:

I. Небольшие узлы в глубоких слоях дермы и подкожной жировой клетчатке, не спаянные между собой, с подлежащими тканями и кожей, сохраняющие обычную окраску.

II. Распространение и прогрессирование процесса: слияние узлов между собой, с подлежащими тканями и кожей, приобретающей багрово-красный цвет. Узлы безболезненны, одни превращаются в «холодные абсцессы», другие расплавляются с образованием язв.

III. Размягчение рядом расположенных слившихся узлов с расширением дефекта кожи за счет изъязвления и формирования свищей. Процесс приобретает серпигинозный характер, наряду с изъязвлением наблюдается образование келоидных, мостообразных и другого вида рубцов (существеннейшая особенность данной стадии скрофулодермы, отражающая продолжающуюся динамику процесса).

IV. При многолетнем рецидивирующем течении формируются обширные зоны язвенных поражений в сочетании с деформирующим и обезображивающим кожный покров грубым рубцеванием.

Диагностика скрофулодермы обычно не вызывает затруднений, хотя и требует исключения сифилитической, пиогенной, актиномикотической природы процесса, для чего проводят микробиологическое, серологическое исследования и постановку туберкулиновых проб [1]. Однако в связи с отсутствием у врачей настороженности в отношении туберкулеза кожи и утратой навыков диагностики различных его форм, даже при относительно типичной клинической картине, в течение многих лет могут ставиться ошибочные диагнозы, что приводит к длительному, постоянно рецидивирующему и прогрессирующему течению этого заболевания, сопровождающемуся выделением инфекционного агента во внешнюю среду.

Приводим наблюдаемый нами случай вторичной скрофулодермы у пациентки 55 лет.

Больная Б. 1950 г. рождения впервые осмотрена в августе 2005 г. Предъявляла жалобы на ноющие,

иногда острые резкие боли в области ягодиц, под молочными железами и в подмышечных областях, наличие множественных свищей, гнойное отделяемое из них.

Считает себя больной с 1980 г., когда в подмышечной области увеличились лимфатические узлы с последующим формированием свищей. Несколько позже воспалилась кожа под молочными железами, а также увеличились паховые лимфатические узлы с последующим распадом и отхождением некротических масс и воспалением кожи над ними. Весь период заболевания вплоть до установления диагноза в 2005 г. пациентка постоянно лечилась, обследовалась и наблюдалась у дерматолога по месту жительства. К фтизиатру не направлялась, на туберкулез обследование не проводилось. Процесс протекал волнообразно с прогрессирующим течением, с постоянным отхождением казеозных и гнойных масс из свищей. В 2005 г. впервые была направлена на консультацию к фтизиатру с последующей госпитализацией в стационарное отделение противотуберкулезного диспансера.

Ранее туберкулезом не болела, контакт с больными туберкулезом отрицает, флюорографию органов грудной клетки проходит ежегодно, патологических изменений не было выявлено. В местах заключения не была.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Отмечается подавленное состояние больной в связи с длительным наличием распространенных обезображивающих изменений, прогрессирующим течением заболевания и отсутствием эффекта от многолетнего лечения. Локальный статус: патологический процесс носит распространенный характер, локализуется в области молочных желез, под молочными железами, в подмышечных и паховых областях, в области ягодиц. Представлен множественными дермо-гиподермальными узлами, спаянными с окружающими тканями, множественными язвенными поражениями и свищами с сукровичным, местами гнойно-некротическим отделяемым с неприятным запахом на фоне деформирующих рубцовых изменений (келоидных, мостообразных, других рубцов) различной давности (рис. 1).

При обследовании: общий анализ крови: Нв 128 г/л, л.  $7,3 \cdot 10^9$ /л, п. 3%, с. 57%, э. 2%, б. 1, лимф. 35%, мон. 2%, СОЭ 35 мм/ч. В свищевом отделяемом обнаружены микобактерии туберкулеза. При проведении рентгенологического исследования легких патологии не выявлено.

С учетом данных анамнеза, клинической картины и результатов обследования был поставлен диагноз: распространенная скрофулодерма.

В стационарных и амбулаторных условиях проводилось противотуберкулезное лечение по I режиму химиотерапии, согласно приказу Министерства здравоохранения РФ № 109 от 21.03.2003 г. Больная по-



*а*



*б*



*в*



*г*

Рис. 1. Распространенная скрофулодерма у 55-летней пациентки: *а* — область ягодиц; *б* — правая паховая область; *в* — левая подмышечная область; *г* — область правой молочной железы

лучила 180 доз по интенсивной фазе лечения четырьмя противотуберкулезными препаратами: изониазид 0,6 г, рифампицин 0,6 г, пиразинамид 1,5 г, этамбутол 1,2 г в стационарных условиях и 120 доз по фазе продолжения двумя химиопрепаратами (изониазид 0,6 г, рифампицин 0,6 г) амбулаторно. Повторно получала лечение в 2006—2007 гг. по IIA режиму химиотерапии (60 доз комбинацией из пяти противотуберкулезных препаратов: изониазид 0,6 г, рифампицин 0,6 г, пира-

зинамид 1,5 г, этамбутол 1,2 г, стрептомицин 1,0 г, затем изониазид 0,6 г, рифампицин 0,6 г, пиразинамид 1,5 г, этамбутол 1,2 г — всего по интенсивной фазе 90 доз в условиях стационара; затем по фазе продолжения амбулаторно изониазид 0,6 г, рифампицин 0,6 г, этамбутол 1,2 г до 206 доз). В 2007 г. дополнительно получила сезонный курс четырьмя химиопрепаратами (изониазид 0,6 г, рифампицин 0,6 г, пиразинамид 1,5 г, этамбутол 1,2 г, 140 доз).



а



б



в

Рис. 2. Динамика состояния очагов поражения после проведенного специфического лечения: а — правая паховая область; б — левая подмышечная область; в — область правой молочной железы

Отмечена значительная положительная динамика с исчезновением отделяемого и рубцеванием свищевых ходов (рис. 2), улучшением общего самочувствия, признаков прогрессирования не было.

По причине того, что туберкулез кожи в настоящее время нередко считается заболеванием прошлого в связи с неправильным представлением о большой редкости данной патологии, со стороны специалистов общей лечебной сети отмечается отсутствие насто-

роженности и ослабление внимания к этой проблеме [3—5]. Зачастую значимость туберкулезной этиологии при разнообразных кожных поражениях недооценивается и процесс ошибочно принимается за неспецифический [6]. У пациентки исследование содержимого свища и его промывных вод на наличие микобактерий туберкулеза в условиях общей лечебной сети проведено не было, и только в противотуберкулезном диспансере спустя 25 лет от начала заболевания были

проведены необходимые исследования. Кроме того, необходимо помнить, что туберкулез кожи не всегда ассоциируется с ранее перенесенным или активным туберкулезом. Так, в данном случае отсутствуют любые анамнестические данные о наличии контакта с большим туберкулезом.

Таким образом, при наличии длительно сохраняющихся свищей, торпидных к проводимой неспецифической терапии, необходимо исключать туберкулезную природу кожного поражения, а внимание врачей общего профиля должно быть акцентировано на выявлении микобактерий туберкулеза. Данный клинический случай подтверждает давно выработанный по-

стуллат о необходимости поиска микобактерий туберкулеза при длительном существовании свищей.

Учитывая трудности в диагностике туберкулеза кожи, можно сделать предположение, что это заболевание в практике клиницистов встречается гораздо чаще, чем диагностируется. Для обеспечения раннего выявления и своевременного лечения туберкулеза кожи необходимо восстановление утраченных в настоящее время основ его диагностики, возвращение внимания специалистов общей лечебной сети, дерматологов, фтизиатров к данному заболеванию, а также совершенствование навыков диагностики туберкулеза кожи. ■

## Литература

1. Chuzhov A.L., Bellendir Je.N. Tuberculosis and other mikobakterial infections of skin. SPb: JeLBI-SPb 2007. [Чужов А.Л., Беллендир Э.Н. Туберкулез и другие микобактериальные инфекции кожи. СПб: ЭЛБИ-СПб 2007.]
2. Bellendir Je.N., Chuzhov A.L., Chihar' A.M., Arijel' B.M. Pathogenesis and differential diagnostics of cutaneous tuberculosis 1st part. Probl tuberk 2005; 11: 51—59. [Беллендир Э.Н., Чужов А.Л., Чихарь А.М., Ариэль Б.М. Патогенез и дифференциальная диагностика туберкулеза кожи 1-я часть. Пробл туберк 2005; (11): 51—59.]
3. Buruhina L.V., Shurygin A.A., Korjukina I.P. Case of extrapulmonary polyorgan tuberculosis: clinical case. Probl tuberk 2009; 3: 61—63. [Бурухина Л.В., Шурыгин А.А., Кориюкина И.П. Случай внелегочного полиорганного туберкулеза: клинический случай. Пробл туберк 2009; (3): 61—63.]
4. Dovzhanskiy S.I. Cutaneous tuberculosis: problem revival. Vestn dermatol venerol 2000; 5: 60—61. [Довжанский С.И. Туберкулез кожи: возрождение проблемы. Вестн дерматол венерол 2000; (5): 60—61.]
5. Rusak Ju.Je., Kuz'mina N.V., Anciferova Ju.E., Ulitina I.V., Popik O.V. Tuberculosis cutis colliquativa. Ros zhurn kozh i ven bol 2011; 4: 21—23. [Русак Ю.Э., Кузьмина Н.В., Анциферова Ю.Е., Улитина И.В., Попик О.В. Колликувативный туберкулез кожи. Рос журн кож и вен бол 2011; (4): 21—23.]
6. Morand J.J., Garnotel E., Simon F., Lightburn E. Cutaneous tuberculosis overview. Med Trop (Mars) 2006; 66 (3): 229—236.

### об авторах:

Н.В. Кузьмина — д.м.н., профессор, зав. курсом фтизиатрии ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа — Югры»

Ю.Э. Русак — д.м.н., профессор, зав. кафедрой инфекционных, кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа — Югры»

О.В. Попик — врач-дерматовенеролог, аспирант ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа — Югры»

Л.С. Борхонова — главный врач КУ ХМАО — Югры «Нижневартовский противотуберкулезный диспансер»

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье