

Клиника, диагностика и лечение туберкулеза кожи

д.м.н., профессор Сердобинцев Михаил Сергеевич

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Туберкулез кожи



- Группа кожных заболеваний, прямо или опосредованно вызываемых микобактериями туберкулёзного комплекса
- Местное проявление туберкулёза как общего заболевания
- Многообразие и «размытость» форм
- Несоответствие между клинической картиной и патогенетическими представлениями о периодах развития болезни



Туберкулез кожи

- Отличается длительностью течения
- Поздняя диагностика- свыше 80% всех случаев диагностируют в сроки более 5 лет от начала заболевания
- Причина - врачи ОЛС и фтизиатры крайне мало осведомлены о клинических проявлениях, методах диагностики и лечения туберкулёза кожи (ТК)
- И если последнее справедливо относительно внелёгочного туберкулёза в целом, то фтизидерматология находится в наихудшем положении
- Само заболевание, его осложнения и последствия часто сохраняются пожизненно, приводя к *заметным косметическим дефектам и даже к обезображиванию*



Патогенез

- Механизм развития туберкулезной инфекции сложен, так как кожа является неблагоприятной средой для жизнедеятельности микобактерий туберкулеза. В возникновении туберкулезного поражения важное значение имеют гормональные дисфункции, состояние нервной системы, витаминный баланс, расстройство водного и минерального обмена и сосудистые нарушения. В патогенезе ТК немаловажная роль принадлежит социальным (условия быта, характер питания, производственные вредности) и климатическим факторам, уровню иммунологических и аллергических реакций организма. Известно, что нередко развитию ТК предшествуют перенесенные инфекционные заболевания, истощающие иммунные механизмы. Особенно опасны в этом отношении у детей корь, коклюш, грипп. Поэтому туберкулезные поражения возникают вследствие комплексного сложного сочетания патогенетических факторов с иммунной недостаточностью и повышенной аллергизирующей активностью возбудителя.



Классификация



- Все многочисленные формы заболевания делятся на две группы:
- **1-я группа** - истинный туберкулёз кожи, называемый также локализованным, бактериальным или гранулематозным: туберкулезная волчанка, колликувативный ТК / скрофулодерма, лихеноидный ТК, бородавчатый ТК, язвенный ТК и слизистых оболочек, первичный ТК
- **2-я группа** - поражения кожи в виде аллергического васкулита, называемые диссеминированным кожным туберкулёзом и классифицированные Ж. Дарье как «туберкулиды: индуративная эритема, папулонекротический ТК



Туберкулез кожи

- Более 70% случаев ТК кожи относят к 1-й группе
- Заболевания, входящие во 2-ю группу, представляют собой хорошо известные **аллергические васкулиты**, лишённые специфических черт
- Патоморфологическая и клиническая картина этих форм отличается определённым своеобразием, и наряду с изменениями неспецифического характера обнаруживают и туберкулёзные бугорки.



Туберкулез кожи

- Особняком стоит недостаточно изученная **милиарная диссеминированная волчанка лица** (*lupus miliaris disseminatus*), близкая к 1-й, но относимая некоторыми авторами ко 2-й группе.



Эпидемиология туберкулеза кожи

- Данные распространённости ТК скудны и нередко противоречивы
- По официальной статистике ежегодно в России выявляют 0,43 больных туберкулёзом кожи на 100 тыс. населения, что составляет 5,6% всего внелёгочного туберкулёза
- ТК составляет 0,1–0,2% от общего числа кожной патологии
- Ранее преобладала туберкулёзная волчанка (55% всего ТК), то в последние годы наблюдается рост числа диссеминированных форм — индуративной эритемы Базена и папулонекротического туберкулёза



Эпидемиология туберкулеза кожи

- Чаще заболевают женщины (порядка 70% больных) в возрасте от 20 до 40 лет
- В группу риска входят контактные с больными туберкулёзом, мясники и фермеры, ВИЧ-инфицированные, больные сахарным диабетом, наркозависимые, злоупотребляющие алкоголем, бездомные, заключённые, сезонные рабочие, иммигранты, представители этнических меньшинств и пожилые.
- Развитие туберкулёзно-аллергических васкулитов происходит чаще у лиц среднего возраста при наличии высокой специфической реактивности сосудистой стенки.



Клиника и дифференциальная диагностика ТК

- Течение туберкулёза кожи - хроническое с обострениями
- Это одна из самых медленно развивающихся инфекций кожи, что особенно характерно для локализованных форм, которые развиваются годами
- Характерно отсутствие каких-либо субъективных ощущений



Туберкулезная волчанка

- Чрезвычайно медленно развивающаяся форма ТК, которую встречают у пациентов с умеренно выраженным иммунным ответом и высокой чувствительностью к туберкулину
- Чаще наблюдают плоскую форму туберкулёзной волчанки, реже — бородавчатую или крустозную (струпьевидную)
- Излюбленная локализация волчанки — кожа лица и шеи (90% случаев)



Туберкулезная волчанка

- В начале появляется плоская папула с нечёткими границами
- Далее она медленно превращается в мягкую бляшку синюшно-красного цвета
- В центре бляшки развивается рубцовая атрофия по типу «сморщенной папиросной бумаги»
- При бородавчатой форме, очаги которой часто располагаются на ладонях и подошвах, на поверхности люпом формируются бородавчатые разрастания. При язвенной форме — глубокие изъязвления причудливой формы с приподнятыми мягкими коричневатыми краями.
- При распространении процесса на мягкое нёбо, хрящи носа, ушных раковин, гортани, пальцев рук и ног они разрушаются, приводя к деформациям



Туберкулезная волчанка

Эволюция процесса при *lupus vulgaris*:

- люпомы размером от 2–5 мм до 1 см;
- люпозный инфильтрат, ограниченный пределами дермы;
- выход процесса за пределы дермы на подлежащие ткани (экссудация и альтерация);
- многолетнее течение заболевания с рубцеванием, распадом рубцовой ткани, частичным или полным разрушением подлежащих тканей.



Туберкулезная волчанка

Гистопатология

В дерме образуются бугорки, состоящие из эпителиоидных и гигантских клеток, окруженных зоной лимфоцитов. Гигантские клетки Лангханса располагаются в центральной части бугорка, в периферической зоне, кроме лимфоцитов, в большом количестве находятся и плазматические клетки. *В бугорках не бывает казеозного некроза* или он выражен очень слабо. Отмечается новообразование сосудов. МБТ обнаруживают с трудом и в очень небольшом количестве. Иногда выявляется диффузный лимфоидный инфильтрат с гигантскими клетками; коллагеновая и эластическая ткань в области инфильтрата отсутствует. В эпидермисе изменения вторичного характера: гиперкератоз, акантоз и папилломатоз (при веррукозной форме волчанки). Эпидермис у краев волчаночных язв находится в состоянии значительного акантоза. В области рубцов иногда сохраняется волчаночный инфильтрат, что обуславливает рецидив люпом на рубцовой ткани.



Туберкулезная волчанка

Дифференциальная диагностика

- *бугорковый сифилис*. Отличается плотностью бугорков, фокусностью их расположения, отсутствием склонности к слиянию, отрицательными результатами при проведении диаскопии и пробы с зондом;
- *туберкулоидная форма лепры*. Характеризуется отсутствием на пораженном участке кожи болевой и температурной чувствительности, полиморфностью высыпаний (пятнистые, папулезные и бугорковые элементы), плотноватой консистенцией узелков и бугорков, буровато-ржавым оттенком, широким диапазоном трофических нарушений кожи, нахождением палочки Ганзена при микроскопическом исследовании тканевой жидкости лепром;



Туберкулезная волчанка

Дифференциальная диагностика:

- *туберкулоидная форма кожного лейшманиоза*. Отличается пребыванием больного в эндемичной зоне, расположением бугорков вокруг рубца, локализацией бугорков на открытых участках кожи, их быстрое изъязвление с обильным гнойным отделяемым, образование вокруг лейшманиомы лимфангитов с четкообразными утолщениями и, наконец, обнаружение возбудителя. Бугорковые образования при актиномикозе встречаются не часто и характеризуются значительной плотностью, склонностью к слиянию и изъязвлению. Свищевые отверстия окружены плотным инфильтратом. В жидком гное имеются крошковатые включения желтоватого цвета - друзы актиномицетов;
- *дискоидная красная волчанка*. Необходимо гистологическое исследование. Клинически: отсутствие люпом, более яркая окраска очагов поражения, наличие фолликулярного гиперкератоза и рубцовой атрофии в центре очагов. Симптомы зонда и яблочного желе отрицательные.



Туберкулезная волчанка

Прогноз.

Характерна длительность течения процесса. В одних случаях даже без лечения очаг поражения на протяжении многих лет может не проявлять тенденции к прогрессированию, в других - отмечается медленное распространение патологического процесса, который захватывает все новые участки кожного покрова. Последнему способствуют интеркуррентные заболевания, неблагоприятные условия жизни и другие факторы, ослабляющие защитные силы организма и снижающие его реактивность.



Туберкулёзная волчанка



ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Туберкулезная волчанка



Туберкулёзная волчанка

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России



Туберкулезная волчанка



Множественные очаги
(слившиеся бугорки) на
туловище и конечностях при
туберкулезной волчанке



Туберкулезная волчанка



Симптом «яблочного желе» при туберкулезной волчанке: очаг туберкулезного поражения на плече при надавливании на него прозрачным шпателем выглядит коричневато-желтым.



Туберкулезная волчанка

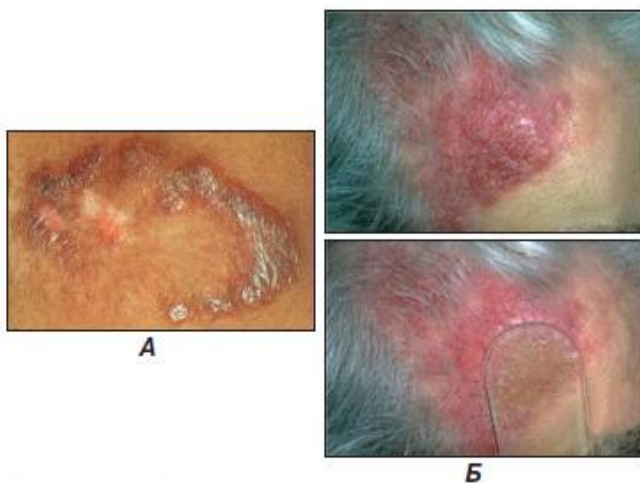


Рисунок 6. Туберкулезная волчанка: кольцо бугорков, в центре которого — поверхностный рубец (А); диаскопия: при надавливании на очаг поражения предметным стеклом становится виден залегающий в нем желтоватый инфильтрат (симптом «яблочного желе») (Б)

Симптом «яблочного желе» при туберкулезной волчанке: очаг туберкулезного поражения на плече при надавливании на него прозрачным шпателем выглядит коричневатожелтым.



Туберкулезная волчанка



Рисунок 7. Туберкулезная волчанка: варианты плоской формы, эритематозный тип [6]



Рисунок 8. Туберкулезная волчанка: варианты язвенной формы [6]



Рисунок 9. Туберкулезная волчанка: варианты псориазиформной формы [6]



Колликвативный ТК (скрофулодерма)

Довольно частая форма туберкулеза кожи, регистрируемая почти исключительно в детском и юношеском возрасте. Различают *первичную хрофулодерму*, при которой поражение кожи возникает на любом участке кожного покрова вследствие гематогенного заноса туберкулезных микобактерий в кожу (чаще это одиночное поражение), и *вторичную хрофулодерму* (значительно чаще), при которой отмечается переход инфекции *per continuitatem* с пораженных туберкулезом лимфатических узлов, реже костей, суставов.



Колликвативный ТК (скрофулодерма)

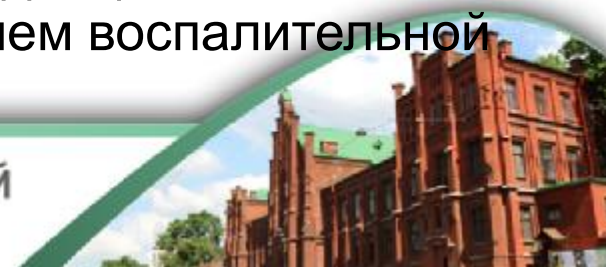
Заболевание проявляется глубокими, расположенными в глубине кожи или в подкожной жировой клетчатке плотноватыми, овальной формы, безболезненными или слегка болезненными фиолетово-красными узлами, которые в дальнейшем размягчаются, спаиваются между собой в виде бугристых мягких конгломератов. Они расплавляются и абсцедируют с образованием фистул и язв. Язвы поверхностные, неправильной формы, с гладкими, мягкими, синюшными, подрывными краями, покрыты грануляциями и жидким, крошащимся творожистым распадом. При заживлении их образуются типичные втянутые неровные, мостовидные с перемычками и ворсинками обезображивающие рубцы. Локализация - на боковых поверхностях шеи, в подчелюстных и надчелюстных областях, около ушных раковин, в надключичной и подключичной областях, в подмышечных впадинах и около суставов. Отмечают нередкое сочетание скрофулодермы с туберкулезным поражением костей, суставов, глаз, легких и другими формами поражений кожи.



Колликвативный ТК (скрофулодерма)

Дифференциальная диагностика.

- *сифилитические гуммы*. Они подвергаются только центральному распаду, образуют кратерообразные язвы, окруженные валом плотного инфильтрата, нередко сопровождаются положительными серологическими реакциями. Рубцы после гумм отличаются звездчатостью. Положительные серологические реакции РИФ и РИБТ являются подтверждением специфического процесса;
- *гуммозно-узловатая форма актиномикоза*. Локализация - на шее или в подчелюстной области. Характеризуется образованием крупных узлов полушаровидной формы, довольно плотной консистенции. После их слияния определяется инфильтрат деревянистой плотности, в центре которого образуются зоны размягчения со свищевыми отверстиями. Из них выделяется жидкий гной с крошковатыми желтоватыми включениями (друзы);
- *хроническая язвенная пиодермия*. Отличается полиморфизмом поверхностных и глубоких пиодермитов без тенденции расположения у лимфатических узлов и наличием воспалительной реакции в окружности язвы.



Колликвативный ТК (скрофулодерма)

Прогноз.

Заболевание хроническое, длится месяцами и годами с ремиссиями. Легкие случаи успешно излечиваются современными методами. В случаях далеко зашедшего язвенного процесса прогноз менее благоприятен.



Колликвативный ТК (скрофулодерма)



Вторичная
скрофулодерма



Колликативный ТК (скрофулодерма)



Скрофулодерма
(колликативный
туберкулез)



Туберкулез кожи



Рисунок 1. Варианты колликативного туберкулеза кожи [6]

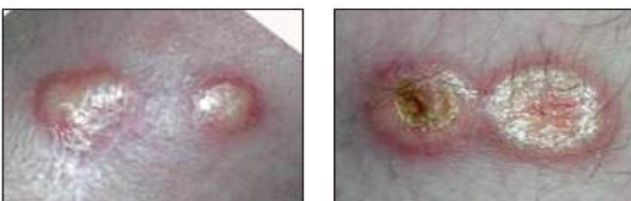


Рисунок 2. Формирование папулонекротического туберкулеза кожи



Рисунок 3. Варианты папулонекротического туберкулеза кожи [6]

Варианты колликативного и папулонекротического ТК



Бородавчатый туберкулез кожи

Заболевание наблюдается большей частью у взрослых; мужчины болеют значительно чаще. В основном заболевают лица, которые в соответствии с характером профессии непосредственно соприкасаются с туберкулезным материалом от трупов людей и животных (ветеринары, патологоанатомы, мясники, работники боев и т.д.) или обслуживают людей, страдающих активными формами туберкулеза (обслуживающий медицинский персонал). В этих случаях заболевание возникает в результате суперинфекции. У отдельных больных, страдающих открытым туберкулезом легких, кишечника и т.п., бородавчатый туберкулез возникает в результате аутоинокуляции.



Бородавчатый туберкулез кожи

Поражение обычно локализуется на тыле кистей и пальцев рук, реже на стопах и начинается с образования плотного, величиной с крупную горошину, синюшно-красного цвета бугорка (трупный бугорок). Разрастаясь, он превращается в плоскую плотную бляшку, на поверхности которой появляются бородавчатые разрастания и массивные роговые наслоения. В развитом состоянии очаг бородавчатого туберкулеза кожи имеет три зоны: периферическую (фиолетово-красная каемка), среднюю (бородавчатые плотные возвышения, трещины, корки) и центральную (атрофический участок кожи с неровным, бугристым дном). При разрешении очаги рубцуются. В процесс нередко вовлекаются регионарные лимфатические сосуды и узлы. При надавливании на бородавчатые разрастания с боков из трещины появляются капельки гноя, выделяющиеся из подэпидермальных микроабсцессов.



Бородавчатый туберкулез кожи

По периферии основного очага могут образовываться новые узелки и бляшки, которые постепенно сливаются между собой.

После разрешения процесса на месте бывших очагов поражения остается рубцовая атрофия; на этих участках в отличие от волчанки новых элементов не образуется. Общее состояние больных обычно вполне удовлетворительное. Туберкулиновые реакции положительные у 80- 96,3% больных.



Бородавчатый туберкулез кожи

Дифференциальная диагностика.

- *вульгарные бородавки* не имеют воспалительных изменений;
- *вегетирующая пиодермия*, наоборот, протекает с выраженным воспалением, обильным гнойным отделяемым, образующимся при сдавливании бляшки с краев.
- *бластомикоз, хромомикоз, споротрихоз* характеризуются наличием мягкого, сочного инфильтрата и своеобразного отделяемого. Диагноз этих хронических микозов подтверждается результатами бактериоскопии и гистологического исследования.
- *спиоцеллюлярный рак* располагается асимметрично в области естественных отверстий и быстро подвергается язвенному распаду.



Бородавчатый туберкулез кожи

Лечение.

Кроме терапии, применяемой при туберкулезных поражениях кожи, производят выскабливание острой ложечкой, диатермокоагуляцию, рентгенорадиотерапию.

Прогноз. Чаще благоприятный, хотя течение болезни длительное, хроническое.



Туберкулез кожи

- *Язвенный туберкулёз* кожи и слизистых оболочек возникает как проявление диссеминации у больных с тяжёлым первичным или генерализованным туберкулёзом. Локализация - на слизистой оболочке полости рта, половых органов, в области заднего прохода, в полости носа и на конъюнктиве век
- *Лихеноидный туберкулёз* кожи поражает кожу туловища, реже — лица, конечностей, ягодиц, иногда — волосистой части головы. Высыпания имеют характер мелких узелков жёлто-коричневого цвета, на поверхности которых появляются тонкие чешуйки. При регрессе элементов остаётся коричневая пигментация.



Туберкулез кожи

- **2-Я ГРУППА — ТУБЕРКУЛЁЗНО-АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ**
- Аллергические васкулиты
- ***Индуративная эритема*** - дермо-гиподермальный специфический гранулематозный васкулит. Клинически выделяют две формы индуративной эритемы: без изъязвления — форма Базена и с изъязвлением — форму Гетчинсона.



Туберкулез кожи



Индуративная эритема
Гетчинсона



Туберкулез кожи



1



2



3



4

Индуративная эритема
Базена



Туберкулез кожи



Множественные синюшно-багровые инфильтраты и узлы на голенях при индуративном туберкулезе кожи.



Туберкулез кожи



Неглубокие язвы с нависающими краями и скудным серозно-гнойно-кровянистым отделяемым на нижних конечностях при индуративном туберкулезе кожи.



Индуративная (уплотненная) эритема Базена

Заболевают обычно женщины 16-40 лет, чаще в молодом возрасте, нередко страдающие одной из форм туберкулеза (туберкулез легких, лимфатических узлов, скрофулодерма, папулонекротический туберкулез). Проявлению заболевания способствуют сопутствующие расстройства кровообращения (acroцианоз, варикозное расширение вен), частое охлаждение нижних конечностей, работа, связанная с длительным пребыванием на ногах. Осенью и зимой возможны рецидивы заболевания.



Индуративная (уплотненная) эритема Базена

Клинически проявляется плотными, глубоко расположенными, увеличивающимися узлами синюшно-красного цвета, размером от лесного ореха до томата. Узлы (от 2-4 до 10 и более) залегают глубоко в коже и подкожной клетчатке; пальпация их слегка болезненна. Они располагают, как правило, симметрично, преимущественно на голенях, реже на бедрах, ягодицах, верхних конечностях. Изредка поражена слизистая оболочка рта и носоглотки. Достигнув максимума развития (через несколько недель или месяцев), узлы начинают регрессировать, оставляя после себя кольцевидную атрофию и пигментацию. В части случаев очаги при слиянии подвергаются центральному расплавлению с образованием безболезненных фистулезных изъязвлений с подрывными краями, покрытыми грязно-серыми грануляциями (язвенная форма индуративной эритемы описана Гетчинсоном и называется гетчинсоновской формой). После заживления язв остаются западающие пигментированные рубцы.



Индуративная (уплотненная) эритема Базена

Дифференциальная диагностика.

- *Узловатая эритема.* Она характеризуется выраженным воспалением, лихорадочным состоянием и болезненностью, располагается на передней поверхности голеней, не имеет склонности к распаду и изъязвлению, при ней не находят очагов туберкулеза в организме больного.
- *Скрофулодерма.* Для нее характерны мягкая консистенция узлов и основания изъязвленных участков, лоскутообразность краев язв, наличие свищевых ходов.
- *Гуммозные сифилиды.* Отличаются отсутствием субъективных ощущений, имеют своеобразную плотность, буровато-красный оттенок пораженных участков и другие симптомы сифилитической инфекции.



Папулонекротический туберкулез кожи

Развивается обычно в детском или юношеском возрасте, локализуясь на разгибательных поверхностях конечностей, туловище и лице. Основными морфологическими проявлениями служат многочисленные, более или менее скученные, плотные, буровато-фиолетового цвета узелки размером с конопляное зерно. В центре их образуются гноевидные некротические корочки. В дальнейшем на месте узелков остаются мелкие, поверхностные округлые язвочки, после заживления которых остаются штампованные рубчики, окаймленные фиолетовым ободком. Эволюция отдельных очагов и их рубцевание длится 4-8 нед. Высыпания появляются приступообразно, поэтому можно найти элементы, находящиеся в разных стадиях развития. Заболевание протекает с рецидивами обычно ранней весной и зимой, летом не проявляется. Папулонекротический туберкулез нередко сочетается с туберкулезом лимфатических узлов, туберкулезом легких, костей, индуративной эритемой. Туберкулиновые пробы, как правило, положительны.



Папулонекротический туберкулез кожи

Диагноз.

Диагностике способствуют наличие характерных штампованных рубчиков, локализация элементов, результаты туберкулиновых проб и гистологических исследований. При дифференциальной диагностике с масляными угрями следует помнить, что последние возникают у лиц, имеющих производственный контакт с маслами и эмульсиями. Эти угри локализуются преимущественно на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей и проявляются островоспалительными фолликулитами или остиофолликулитами в сочетании с большим количеством комедонов.



Туберкулез кожи



Папулонекротический
туберкулёз кожи



Диагностика туберкулеза кожи

- **Клиническая диагностика** туберкулёза кожи строится по общим правилам фтизиатрии, разработанным для любых локализаций патологического процесса
- Сбор анамнеза, общее клиническое и лабораторное обследование, флюорография органов грудной клетки, иммунологические и биохимические исследования.
- **Проба Манту с 2 ТЕ, ДТ.** Туберкулиновые пробы могут быть отрицательными при наличии у больных тяжёлых сопутствующих заболеваний (лимфомы), под влиянием глюкокортикоидной терапии и у больных старших возрастных категорий при благоприятной эпидемической ситуации.



Диагностика туберкулеза кожи

- **Серологическая диагностика** (РНГА, РСК, РПГ, ИФА)
- **Исключение/подтверждение** специфического поражения лимфатических узлов, лёгких, верхних дыхательных путей, костно-суставного аппарата
- **Постановка реакций на сифилис** (ИФА, микрореакция, РНГА, РИФ)
- **Пробная терапия** (*diagnosis ex juvantibus*), которая является не лучшим вариантом, если учесть необходимую в этом случае массивность и длительность (не менее 2–3 мес).
- **Характеристика местного статуса:** люпомы, узлы, вегетирующие бляшки, изъязвления, папулы, «псевдопустулы» и различного вида рубцы
- **Гистологическое исследование** биоптатов кожи. Рекомендуют исследовать относительно свежие очаги поражения, существующие по крайней мере 6 –12 недель



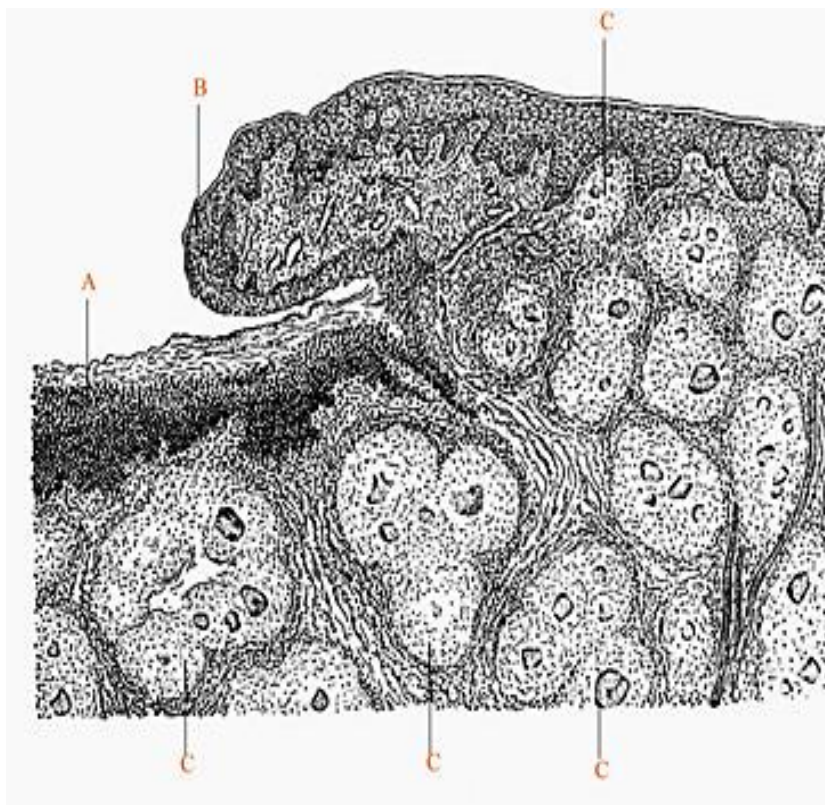
Туберкулез кожи

В клинической картине туберкулёзного поражения кожи заслуживают внимание следующие особенности:

- особенное значение иммунных механизмов;
- преобладание пролиферативных процессов;
- относительно редкое развитие казеозного некроза.



Туберкулез кожи



- Туберкулёз кожи.
Гистологическое строение туберкулёзной язвы языка (цит. по J. Darier).
- а — дно язвы; в — подрытый край язвы; с — туберкулёзные бугорки.



Лечение туберкулеза кожи

Основные виды:

- - антибактериальное;
- - патогенетическое;
- - местное



Профилактическое лечение туберкулеза КОЖИ

Для получения стойкого клинического излечения, помимо основного курса лечения необходимо проводить профилактическое лечение. Первый профилактический курс рекомендуется назначать через три-четыре месяца после окончания основного курса, второй курс - через 9 месяцев после окончания первого. **При туберкулезной волчанке** профилактическое лечение проводится в течение 3 лет специфическими препаратами курсами по 2 мес. Больным с **рассеянными формами** профилактическое лечение показано в количестве 2 курсов в течение 3-4 месяцев. Поскольку рецидивы **у больных папулонекротическим туберкулезом и уплотненной эритемой** чаще возникают в холодное время года, желательно приурочить начало лечения к этому периоду. Лиц, **болевших волчанкой и скрофулодермой**, после клинического излечения необходимо систематически наблюдать в течение 5 лет.



Санаторно-курортное лечение туберкулеза КОЖИ

Медицинской и трудовой реабилитации способствуют санитарно-курортные климатические факторы. Показано пребывание на приморских курортах южного берега Крыма, приморской зоны Кавказа (Геленджик), курорты в Башкирии (Абастуман). Показаны также горные климатические курорты (Старый Крым), курорты климатической равнинной лесной зоны (Аксаково, Маныч). Особенно благотворно действие курортов в период ремиссии, что дает возможность предупредить рецидивы на долгие годы.



Литература по теме: «Туберкулез кожи»

1. Клиническая медицина: Цветной атлас и учебник / Ч.Д. Форбс, У.Ф. Джексон: Пер. с англ.; под ред. В.А. Кокорина, Е.Т. Разумовой. — М.: Логосфера, 2009. — 544 с.
2. Кожные болезни: диагностика и лечение / Томас П. Хэбиф: Пер. с англ.; под общ. ред. акад. РАМН, проф. А.А. Кубановой. — 2е изд. — М.: МЕДпрессинформ, 2007. — 672 с.
3. Туберкулез. Туберкулез кожи / П.П. Рыжко, А.В. Руденко, К.Е. Ищейкин, Ю.А. Ищейкина, Е.А. Броше; под ред. П.П. Рыжко. — Харьков: Фолио, 2005. — 271 с.
4. Чужов А.Л. Клинико-морфологические особенности и диагностика различных форм туберкулеза кожи: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. — СПб, 2009. — 22 с.
5. Агапкин И.Н., Багаева М.И. Туберкулёз кожи. - М.: Медгиз, 1959.-224 с.



Литература по теме: «Туберкулез кожи»

6. Адашкевич В.П. Туберкулез кожи / В.П. Адашкевич, В.М. Козин // Кожные и венерические болезни 2-е изд. — М.: Медицинская литература, 2009. - С. 137-148.
7. Рахманов В.А. Диагностика клинических форм туберкулеза кожи / В.А. Рахманов, Н.С. Потекаев, А.В. Константинов, М.А. Смагин // Туберкулез кожи. - Киев, 1966. - С. 15-22.
8. Кубанова А.А. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней / А.А. Кубанова, В.Г. Акимов. М.: МИА, 2009. - 304 с.
9. Павлова О.В. Физикальная и лабораторная диагностика туберкулеза кожи / О.В. Павлова. М.: МАКС Пресс, 2003. - 20 с.
10. Подвысоцкая О.Н. Туберкулёзные заболевания кожи / О.Н. Подвысоцкая // БМЭ. М: ОГИЗ РСФСР, 1936. - Т. 33. -С. 232-246.
11. Родионов А.Н. Туберкулез кожи / А.Н. Родионов // Справочник по кожным и венерическим заболеваниям. — СПб.: Питер, 2005. — С. 188-203.



Литература по теме: «Туберкулез кожи»

12. Романенко Г.Ф. Туберкулёз кожи / Г.Ф. Романенко // Рос. мед. журн. кожных и венерических болезней. 1999. — № 1. — С. 57-65.
13. Самцов А.В. Туберкулез кожи / А.В. Самцов, В.В. Барбинов // Дерматовенерология. — СПб.: СпецЛит, 2008. — 352 с.



Туберкулез кожи

При подозрении на туберкулез кожи необходимо:

- Выписка из истории болезни, фотографии зон поражения, блоки микропрепаратов для морфологического изучения
- Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии
- Адрес: 194064 Санкт-Петербург, ул. Политехническая, д. 32. БЗК
- Тел. / факс (812) 297-0911
- www.spbniif.ru





Благодарю за внимание!

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт фтизиопульмонологии» Минздрава России

