Список литературы:

1. Приказ № 951 от 29.12.2014г. «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечению туберкулеза органов дыхания». – М.: МЗ РФ. – 2014. – 42 с.
2. Волков, В. С. Бронхоскопия в дифференциальной диагностике поражений бронхов при туберкулезе и онкологических процессах / В. С. Волков // Военно-медицинский журнал. 2007. - Т. 328. - № 4. - С. 20–22.
3. Разнатовская Е.Н. Трудности диагностики центральной эндофитной опухоли легкого, возникшей на фоне туберкулеза/ Разнатовская Е.Н,, Федорец А.В., Хлыстун В.Н.// Актуальная инфектология. - 2016. - №10 – С.44-47.
4. Соколина И.А. Дифференциальный диагноз туберкулеза и рака легких. / Конгресс РРОР. - Москва. - 2017.

УДК 616.5-002.5

Клепикова А.А., Иванов С.Э., Леонтьев А.И., Сабадаш Е.В.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ: СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Klepikova A.A., Ivanov S.E., Leontyev A.I., Sabadash E.V.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF SKIN TUBERCULOSIS: CLINICAL CASE

Department of phthisiology and pulmonology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: annaklepikova@mail.ru

Аннотация. В работе представлен клинический случай дифференциальной диагностики туберкулеза кожи с другими поражениями кожи. Описаны основные виды туберкулеза кожи.

Annotation. The article presents a clinical case of differential diagnosis of skin tuberculosis with other skin lesions. This article also presents the main types of skin tuberculosis.

Ключевые слова: заболевания кожи, туберкулез, туберкулез кожи.

Keywords: skin diseases, tuberculosis, skin tuberculosis.

Введение

Туберкулез кожи - группа различных по клинической и морфологической картине поражений кожи, обусловленных внедрением в нее

микобактерий туберкулеза. В структуре общей заболеваемости туберкулезом данная патология составляет менее 0,1%. [2,3]

Туберкулез кожи вызывается микобактериями человеческого (Mycobacterium tuberculosis) и бычьего (Mycobacterium bovis) вида.[2,4]

Повышенный риск развития заболевания возникает при ВИЧ-инфекции, внутривенном употреблении наркотиков, сахарном диабете, иммуносупрессивной терапии, злокачественных новообразованиях, терминальной стадии почечной недостаточности и в младенческом возрасте. [1,6]

Выделяют первичные и вторичные формы туберкулеза кожи. Первичный туберкулез кожи встречается крайне редко. Как правило, туберкулез кожи развивается вторично - у больных туберкулезом или ранее переболевших им. Примерно у 50 % больных кожным туберкулезом наблюдается туберкулез внутренних органов. Различают формы: 1) Очаговые формы туберкулеза кожи - вульгарная волчанка, скрофулодерма, бородавчатый и язвенный туберкулез; 2) Диссеминированные— папулонекротический туберкулез, индуративная эритема.[5,6]

Диагностика туберкулеза кожи основана на клинических данных, результатах рентгенологического обследования, гистологического исследования биоптата, определении туберкулиновой аллергии, а также эффективности при проведении тест-терапии.[5]

Гистологически при туберкулезе в коже выявляются гранулемы из эпителиоидных клеток, которые окружены лимфоцитами. Характерно наличие гигантских клеток Лангханса и казеозного некроза в центре бугорка.[5]

Цель исследования – представление клинического случая дифференциальной диагностики туберкулеза кожи.

Материалы и методы исследования

Пацентка N. 56 лет с предварительным диагнозом туберкулез кожи. Анализ результатов клинических и лабораторно-инструментальных исследований в динамике развития заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение

Из анамнеза заболевания: Считает себя больной с 2014, когда на коже внутренней стороны левого предплечья стало увеличиваться розоватое пятно округлой формы, кожа на месте пятна шелушилась, появился зуд. Наличие пятна пациентка отмечает с рождения, до 2014 года жалоб по данному поводу не предъявляла. С 2016 обследуется у дерматологов, получала местное лечение в виде мазей, содержавших глюкокортикостероиды, антибиотики - без эффекта. Заболевание прогрессировало: пятно увеличивалось в размере, по краям появлялись везикулы, затем корочки. За период лечения самочувствие не улучшилось. Биопсия кожи левого предплечья 24.04.17 и 29.06.17 со следующим гистологическим заключением: подострый спонгиотический дерматоз с неспецифической морфологической картиной. После

рентгенологического обследования направлена в ФГБУ “УНИИФ” Минздрава России для верификации диагноза.

Из анамнеза жизни: Холецистэктомия 2014. Гепатит, гемотрансфузии, венерические заболевания отрицает. Травмы отрицает. Аллергологический анамнез спокоен. Флюорография от 09.04.2018 - без патологии. Алкоголь, наркотики, никотин—не употребляет. Ранее туберкулезом не болела. Тубконтакт отрицает.

В настоящее время жалобы на наличие дефекта кожи в области левого предплечья, сильный зуд.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. При обследовании по органам и системам отклонения не выявлено.

На коже внутренней стороны левого предплечья дефект кожи 14х 8 см, с участками шелушения, розовыми рубцами, небольшими язвами, покрытыми корочками (рис. 1). Внешне клиническая картина напоминает бородавчатый туберкулез кожи.

Рис.1 Фотография пораженного участка кожи пациентки

Лабораторные данные: В общем анализе крови от 27.11.2018 – незначительная лейкопения (3,7 * 10*/л), остальные показатели в пределах нормы. В биохимическом анализе крови от 27.11.2018 обнаружено снижение соотношения альбуминов к глобулинам (1,3 при норме 1,5-2,3).

Инструментальные данные: На компьютерной томограмме органов грудной полости: Двусторонний плевропневмофиброз 1-2с и 5с. Одиночные кальцинированные очаги правого лёгкого. Правосторонний панцирный плеврит. Единичные кальцинаты правой молочной железы. Данные результаты могут говорить о ранее перенесенном туберкулезном процессе в легких. В связи с чем, для исключения случая вторичного туберкулезного инфицирования кожи пациентке была проведена биопсия патологических участков.

Гистологически в поверхностном биоптате - пласты многослойного плоского эпителия с гиперкератозом и колониями кокков среди роговых масс (вторичное инфицирование), небольшим скоплением нейтрофилов. Среди эпителиального пласта встречаются роговые массы. Подлежащей стромы в материале нет. При проведении глубокой биопсии клинический диагноз туберкулеза кожи подтвержден не был. Пациентка направлена на дальнейшее обследование для верификации диагноза.

Выводы:

1. Представленный случай демонстрирует сложность в диагностике такого заболевания, как туберкулез кожи. Так как данный процесс является вялотекущим, малосимптомным. Возможно наличие атипичных форм, которые осложняются вторичными инфекциями и маскируются под маской неспецифических дерматозов.
2. Данный случай говорит о необходимость комплексного клинико-рентгенологического подхода к диагностике данной патологии и совместной работы врача дерматовенеролога и фтизиатра.
3. Своевременная диагностика туберкулеза кожи и своевременно начатое лечение поможет снизить риск осложнений и косметических дефектов после перенесенного заболевания.

Список литературы:

1. Гринберг Л.М. Актуальные вопросы патологии и патоморфоза микобактериальных инфекций / Л.М. Гринберг, Е.Ю. Баранов, А.О. Вибе, Д.Л. Кондрашов, А.В. Спирин // Уральский медицинский журнал. -спец выпуск-2005. – С. 44-48
2. Крутько В.С. Пульмонология: наружные симптомы. / В.С. Крутько, А.И Потейко, Э.М. Ходош. – Харьков: НТМТ, 2011. – 186 с.
3. Клиническая медицина: Цветной атлас и учебник / под ред. В.А. Кокорина, Е.Т. Разумовой. - М.: Логосфера, 2009. - 544 с.
4. Кожные болезни: диагностика и лечение / под ред. акад. РАМН, проф. А.А. Кубановой. -2-е изд. -М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 672 с.
5. Потейко П.И. Туберкулез кожи / П.И. Потейко, В.С. Крутько,О.С. Шевченко, Э.М. Ходош // Медицина неотложных состояний. – 2012. - №7. – С. 160-166.
6. Frankel A. Cutaneous Tuberculosis/ A. Frankel, C. Penrose, J. Emer // Journal Clinical Aesthetic Dermatology -2009. - № 10. - P. 19-27.

КЛИНИЧЕСКАЯ МОРФОЛОГИЯ

УДК 616.24-007.63

Алиева Н. Р., Филатова А. С

ПЛАЦЕНТОПОДОБНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Alieva N. R., Filatova A. S.

PULMONARY PLACENTAL TRANSMOGRIFICATION

Department of Pathological anatomy and forensic medicine
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: narmina.alieva.98@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена феномену плацентоподобной трансформации легкого, данная проблема мало изучена и требует дальнейших исследований. Обобщен материал отечественных и зарубежных научных изданий по исследуемой теме за последние пять лет. Произведено сравнение литературных данных с данными собственного исследования. В статье проанализированы различные взгляды исследователей на плацентоподобные изменения легочной ткани, а также рассмотрены реальные клинические случаи «плацентоподобной трансформации» ассоциированные с различными заболеваниями легких у разных возрастных групп пациентов.

Annotation. The article is devoted to the phenomenon of lung placentation, this problem is poorly studied and requires further research. The article summarizes the material of domestic and foreign scientific publications on the topic over the past five years. Comparison was literature data with own research data. In the article was analyzed the various views of researches on placental changes of the lung tissue, and also considers the real clinical cases of «placental transmogrification» from various lung diseases in different age groups of patients.

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс, буллезная эмфизема, плацентоподобная трансформация легочной ткани.

Key words: spontaneous pneumothorax, bullous emphysema, pulmonary placental transmogrification.

Введение

Легочная плацентарная трансформация («плацентоподобная трансформация легкого») – очень редкая патология, впервые описанная в 1979 году (McChesney), гистологически в легочной ткани определяются структуры, напоминающие ворсинки хориона на ранних стадиях беременности. Плацентарная трансформация является доброкачественным поражением и морфологически напоминает незрелые плацентарные структуры, при этом не имеет биологических и биохимических свойств плаценты. Клиницисты