

# **Колликвативный туберкулёз кожи (скрофулодерма)**

**Выполнила: Новикова У.Н  
Ст-17-04**

# Скрофулодерма

- - это достаточно часто встречающаяся форма туберкулеза кожи, которая возникает чаще в детском и юношеском возрасте.
- Различают первичную и вторичную скрофулодерму.
- Первичная скрофулодерма может появиться на любом участке кожного покрова. Она чаще представляет собой одиночное поражение и заносится в кожу с током крови из пораженного туберкулезным процессом органа.
- Вторичная скрофулодерма встречается чаще, она возникает с пораженных туберкулезным процессом лимфатических узлов, реже - костей и суставов.

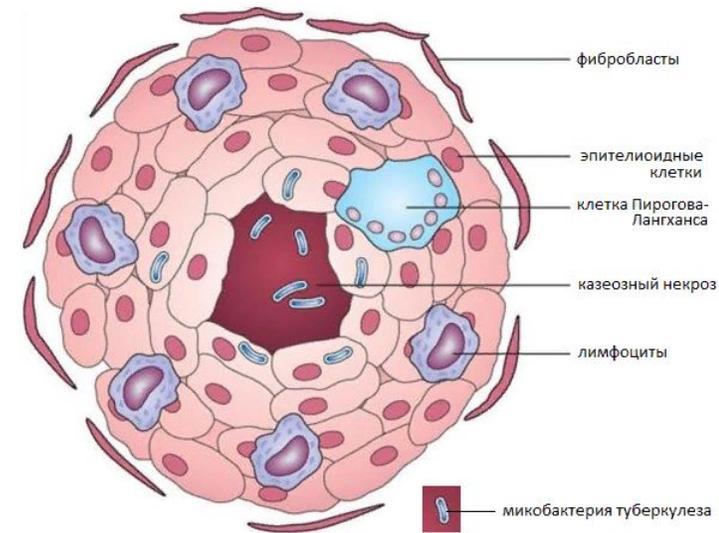
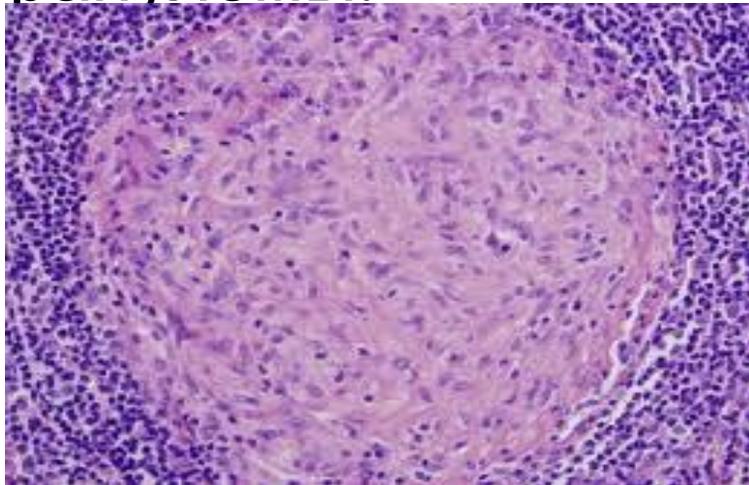


# Механизм возникновения



- Туберкулезное воспаление при этой форме заболевания – это типичный пример [аутоиммунного процесса](#).
- В этом случае сенсibilизированные к МБТ Т-лимфоциты при проникновении в кожные покровы начинают интенсивно связывать чужеродные для организма антигены, которыми являются палочки Коха, что препятствует развитию колликувативного туберкулеза кожи.

- По мере прогрессирования инфекции наступает момент, когда микобактерий становится настолько много, что они захватывают участок кожи и внедряются в нее. В результате таких процессов Т-лимфоциты начинают связывать клетки собственной кожи вместе с микобактериями. Формируется аутоиммунный процесс, который способствует дополнительной сенсибилизации кожи, в результате чего возникает деструкция слоев кожи с возникновением гранулемы.



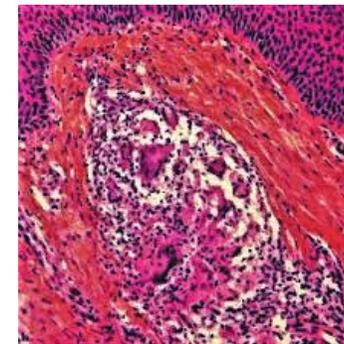
# Локализация

- Процесс обычно располагается на боковых поверхностях шеи, около ушных раковин, в области челюсти, над и под ключицей, в подмышечных впадинах и вокруг суставов.

Достаточно часто скрофулодерма сочетается с туберкулезом костей, суставов, легких, глаз и другими формами патологических поражений кожи (волчанка, бородавчатый туберкулез).



# Клиника



- в глубине кожи и подкожной клетчатке появляются болезненные овальной формы узлы фиолетово-красного цвета и плотноватой консистенции.
  - С течением времени эти узлы размягчаются, происходит их спаивание между собой, и из них образуются бугристые мягкие конгломераты, которые расплавляются и абсцедируют с образованием свищей и язв.
  - Обычно язвы неглубокие, имеют неправильную форму, края их гладкие, мягкие, синюшного цвета, дно покрыто грануляциями и заполнено жидким, крошащимся творожистым содержимым.
  - На месте язв при заживлении образуются обезображивающие рубцы.
- плотные безболезненные узлы
  - флюктуация («холодный абсцесс»)
  - свищи
  - «мостовидные» рубцы

# Дифференциальную диагностику

## проводят с

- сифилитическими гуммами (отличия: другая локализация, наличие некротического стержня в язве, звездчатый рубец по заживлению, положительные трепонемные серореакции),
- гуммозно-узловатой формой актиномикоза (отличия: инфильтрат деревянистой плотности, жидкое гнойное и гнойно-кровянистое отделяемое с наличием друз желтого цвета),
- хронической язвенной пиодермией (отличия: локализация в области подмышечных и пахово-бедренных складок, на ягодицах; плотные инфильтраты, множественные сообщающиеся свищи с яркой гиперемией вокруг),
- уплотненной эритемой Базена.



Актиномикоз: шейно-челюстно-лицевая форма встречается чаще других



# Прогноз

- Легкие случаи излечиваются успешно. Заболевание обычно длится годами с ремиссиями. Если патология зашла далеко, до язвенного процесса, то прогноз менее благоприятный.

