

© ПОЗДНЯКОВА О. Н., БЫЧКОВ С. Г., ПОДДУБНАЯ Л. В.

УДК 616.5-002.5-036.22(571.1)

DOI: 10.20333/2500136-2019-6-68-72

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ В УСЛОВИЯХ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

О. Н. Позднякова, С. Г. Бычков, Л. В. Поддубная

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск 630091, Российская Федерация

Цель исследования. Анализ особенностей эпидемиологии и клинического течения туберкулеза кожи в условиях Западной Сибири.

Материал и методы. Для решения поставленных задач, используя ретроспективную методику сбора статистического материала, изучались истории болезней (форма 00/3 у) пациентов с туберкулезом кожи на базе ГБУЗ НСО НКОПТД с 1931 по 2014 г. Для статистической обработки информации были применены методы упорядочения и группировки измерений, распределения данных, структурного анализа.

Результаты. В состав структуры туберкулеза кожи в Новосибирской области входили 5 форм: папулонекротическая (36 %), туберкулезная волчанка (24 %), индуративная эритема (20 %), бородавчатый туберкулез (12 %) и скрофулодерма (8 %). Продолжительность диспансерного учета больных длилась от 5 месяцев до 71 года. Наиболее часто данной патологией болели женщины (84 %). В возрастной структуре первенствующую позицию заняли люди молодого возраста от 18 до 44 лет (40 %). В 36 % случаев диагноз «туберкулез кожи» был поставлен после гистологического исследования образцов биоптата тканей и отмены ранее верифицированного клинического диагноза (базалиомы, эпидермальные кисты, саркоидоз, фибромы голеней, липомы, саркома Капоши, аллергический дерматит). Наиболее частым ошибочным клиническим диагнозом являлись базалиомы, отмеченные у 33,3 % пациентов с туберкулезом кожи. При оценке недоверенных случаев диагностики было отмечено, что наиболее распространенному ошибочному распознаванию подвергается индуративная эритема Базена (33,3 %).

Заключение. Исследование показало, что в структуру туберкулеза кожи в Новосибирской области входили 5 форм данного заболевания.

Ключевые слова: туберкулез кожи, заболеваемость, эпидемиология, фтизиатрия, дерматология, структура патологии.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Позднякова ОН, Бычков СГ, Поддубная ЛВ. Особенности эпидемиологии и клинического течения туберкулеза кожи в условиях Западной Сибири. *Сибирское медицинское обозрение*. 2019;(6):68-72. DOI: 10.20333/2500136-2019-6-68-72

FEATURES OF EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL COURSE OF SKIN TUBERCULOSIS UNDER CONDITIONS OF WESTERN SIBERIA

O. N. Pozdnyakova, S. G. Bychkov, L.V. Poddubnaya

Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk 630091, Russian Federation

The aim of the research is the analysis of epidemiology and clinical course of skin tuberculosis in Western Siberia.

Material and methods. To solve the set tasks, we studied the histories (00/3 y form) of patients with skin tuberculosis on the basis of SBHCI NSOR NKRTBD from 1931 to 2014 using a retrospective method of collecting statistical material. Methods of measurements ordering and grouping, data distribution, and structural analysis were applied for statistical processing of information.

Results. There are 5 following forms in the structure of skin tuberculosis in Novosibirsk region: papulonecrotic (36 %), TB lupus (24 %), indurative erythema (20 %), verruciform TB (12 %) and scrofuloderma (8 %). The duration of patients' dispensary registration lasted from 5 months to 71 years. In most cases this pathology was typical for females (84 %). Young people from 18 to 44 years old (40 %) took the leading position in age structure. In 36 % of cases, "skin tuberculosis" was diagnosed after histological examination of tissue biopsy materials and after cancellation of previously verified clinical diagnosis (basal cell carcinoma, epidermal cysts, sarcoidosis, calf fibroma, lipoma, Kaposi's sarcoma, allergic dermatitis). Basal cell carcinoma, observed in 33.3 % of patients with skin tuberculosis, was the most common false clinical diagnosis. When evaluating false diagnostic cases, it was noted that erythema induratum of Bazin (33.3 %) was more often falsely recognized.

Conclusion. The research has shown that the structure of skin tuberculosis in Novosibirsk region included 5 forms of this disease.

Key words: skin tuberculosis, incidence, epidemiology, phthisiology, dermatology, pathology structure.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Pozdnyakova ON, Bychkov SG, Poddubnaya LV. Features of epidemiology and clinical course of skin tuberculosis under conditions of Western Siberia. *Siberian Medical Review*. 2019;(6):68-72. DOI: 10.20333/2500136-2019-6-68-72

Введение

По данным ВОЗ, туберкулезом инфицированы 2 млрд человек, что сопоставимо с одной третью населения нашей планеты, а у каждого десятого из них болезнь проявляется клинически. В 2017 году по Новосибирской области было зарегистрировано 2248 новых случаев заболевания туберкулезом. Внелегочные формы были выявлены у 4,9 % больных, при этом понятию «внелегочный туберкулез» разные авторы дают различные формулировки [1, 2, 3]. На показа-

тель заболеваемости внелегочным туберкулезом влияет действующая система диспансерного учета, регистрирующая общее число больных, а не количество пораженных органов. А также предусматривающая учет туберкулеза по наиболее эпидемиологически опасной локализации, каковой, как правило, является туберкулез органов дыхания [4]. В различных странах отмечена вариабельность уровня и структуры заболеваемости туберкулезом кожи [5, 6, 7, 8]. Современные российские учетные и отчетные статистические

формы не отделяют этих пациентов от общей массы больных внелегочным туберкулезом, поэтому общероссийские официальные сведения о распространенности туберкулеза кожи отсутствуют [9]. Более 80,0 % всех случаев туберкулеза кожи диагностируют в сроки позднее 5 лет от начала заболевания. Причина кроется в том, что врачи-терапевты, узкие специалисты и даже фтизиатры недостаточно осведомлены о клинических проявлениях, особенностях течения, патоморфологических изменениях, методах диагностики и лечения туберкулезных поражений кожи [10]. Наиболее часто туберкулез кожи возникает на фоне сниженной реактивности организма. Возбудитель распространяется преимущественно эндогенно (гематогенным или лимфогематогенным путем) из других очагов туберкулезной инфекции - легкие, лимфатические узлы и так далее, а также заражение может происходить экзогенным инокулярным путем [11, 12, 13]. Отсутствие убедительных данных о наличии новых эпизодов туберкулеза кожи на фоне достаточно высокой заболеваемости туберкулезом легких дают основание предполагать возможность развития патоморфоза туберкулезной инфекции, что является особенно актуальным в настоящее время [14]. На основании вышеизложенного целью исследования явился анализ особенностей эпидемиологии и клинического течения туберкулеза кожи в условиях Западной Сибири. Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи: отметить продолжительность диспансерного учета, рассмотреть гендерное и возрастное соотношение больных, изучить нозологическую структуру туберкулеза кожи в Новосибирской области за многолетний временной промежуток, оценить

ошибки и недостоверные случаи в диагностике данной патологии.

Материал и методы

Для решения поставленных задач, используя ретроспективную методику сбора статистического материала, были изучены медицинские карты амбулаторных больных (форма 025/у) с туберкулезом кожи на базе ГБУЗ НСО НКОПТД с 1931 по 2014 гг. Для статистической обработки информации были применены методы упорядочения и группировки измерений, распределения данных, структурного анализа.

Результаты и обсуждение

Общее количество больных составило 25 человек. Во всех случаях диагноз «туберкулез кожи» был подтвержден патоморфологическими исследованиями. Гендерная оценка заболеваемости пациентов показала, что данной нозологией чаще страдали женщины - 21 (84 %) случай против 4 (16 %) случаев у мужчин. Возраст больных, включенных в исследуемую группу, варьировал от 4 до 75 лет (рис. 1). Люди молодого возраста (18-44 года) составили 40 %, среднего (45-59 лет) и пожилого (60-74 года) по 24 %, дети (0-14 лет) 8 %, подростки (15-17 лет) 4 %. Средняя продолжительность диспансерного учета пациентов составила 7 лет, с минимальным сроком 5 месяцев и максимальным 71 год. Так, пациентка В. с 4 лет наблюдалась с диагнозом «Туберкулезная волчанка, язвенная форма». Она несколько раз лечилась в условиях стационара, проходила санаторно-курортное лечение, но болезнь рецидивировала до возраста 75 лет, когда и была снята с диспансерного учета, который длился непрерывно 71 год. Также с диагнозом «Туберкулезная волчанка, язвенная форма» в 55 лет на амбулаторный учет



Рисунок 1. Возраст больных, включенных в исследуемую группу.
Figure 1. The age of patients included in the study group.



Рисунок 2. Нозологическая структура форм туберкулеза кожи, выраженная в процентном соотношении.
Figure 2. The nosological structure of skin tuberculosis forms, expressed in percentage.

была поставлена пациентка К., у которой в последствии наблюдалось клиническое излечение, в связи с чем была снята с учета. В возрасте 75 лет развился рецидив заболевания, с которым больная наблюдалась еще в течение 4 лет.

Нозологическая структура была представлена 5 формами туберкулеза кожи, как истинными бактериальными (гранулематозными) в 44 % случаев, так и поражениями в результате иммунного воспаления (аллергическими) в 56 % (рис. 2). Ведущее место занимала папулонекротическая патология - 9 случаев (36 %), встречающаяся чаще у женщин (77,7 %) и относящаяся к наиболее неспецифическому типу патоморфологических изменений - сосудисто-некротическому, при котором лишь в 6,3 % случаев выявляются гранулемы [15]. Это косвенно указывает на достаточно высокую клинко-диагностическую настороженность в отношении данной формы туберкулеза кожи. На втором месте была туберкулезная волчанка - 6 случаев (24 %), в состав которой входили язвенная 4 (66,6 %) и инфильтративная 2 (33,4 %) формы. Третью позицию представляли больные с индуриативной эритемой Базена - 5 случаев (20 %). А также были зафиксированы - бородавчатый туберкулез кожи 3 (12%) и скрофулодерма 2 (8 %).

Следует отметить, что в 36 % случаев диагноз «туберкулез кожи» был поставлен после гистологического исследования образцов биоптата тканей и отмены другого клинического диагноза (базалиомы, эпидермальные кисты, саркоидоз, фибромы голени, липомы, саркома Капоши, аллергический дерматит). В связи с этим хотелось бы подчеркнуть полиморфизм клинических проявлений данной нозологии и упомянуть о «клиническом минимуме обследования», установленным приказом от 29.12.2010г. №1224н «Об утверждении порядка

оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации». Наиболее частым ошибочным клиническим диагнозом являлись базалиомы, отмеченные у 33,3 % пациентов с туберкулезом кожи. При оценке недостоверных случаев диагностики было отмечено, что наиболее распространенному ошибочному распознаванию подвергается индуриативная эритема Базена (33,3 %), далее несвоевременная диагностика затрагивает папулонекротический туберкулез кожи (22,2 %) и туберкулезную волчанку (22,2 %). Также следует упомянуть об ошибках при диагностике бородавчатого туберкулеза кожи (11,15 %) и скрофулодермы (11,15 %).

Заключение

Таким образом, в состав структуры туберкулеза кожи в Новосибирской области входили 5 форм: папулонекротическая (36 %), туберкулезная волчанка (24 %), индуриативная эритема (20 %), бородавчатый туберкулез (12 %) и скрофулодерма (8 %). Продолжительность диспансерного учета больных длилась от 5 месяцев до 71 года. Наиболее часто данной патологией болели женщины (84 %). В возрастной структуре первенствующую позицию заняли люди молодого возраста от 18 до 44 лет (40 %). В 36 % случаев диагноз «туберкулез кожи» был поставлен после гистологического исследования образцов биоптата тканей и отмены ранее верифицированного клинического диагноза (базалиомы, эпидермальные кисты, саркоидоз, фибромы голени, липомы, саркома Капоши, аллергический дерматит). Наиболее частым ошибочным клиническим диагнозом являлись базалиомы, отмеченные у 33,3 % пациентов с туберкулезом кожи. При оценке недостоверных случаев диагностики было отмечено, что наиболее распространенному ошибочному распознаванию подвергается индуриативная эритема Базена (33,3 %).

Литература/References

1. Жукова ИИ, Кульчавеня ЕВ, Холтобин ДП. Туберкулез мочеполовой системы сегодня. *Урология*. 2013; (1):13-16. [Zhukova II, Kulchavenya EV, Choltobin DP. Tuberculosis of the genitourinary system today. *Urologia*. 2013; (1): 13-16. (In Russian)]
2. Кульчавеня ЕВ, Брижатюк ЕВ, Хомяков ВТ. Туберкулез экстраторакальных локализаций в Сибири и на Дальнем Востоке. *Туберкулез и болезни легких*. 2005; (6):23-25. [Kulchavenya EV, Brizhatyuk EV, Chomyakov VT. Extrathoracic tuberculosis localization in Siberia and the Far East. *Tuberculosis and Lung Disease*. 2005; (6): 23-25. (In Russian)]
3. Кульчавеня ЕВ, Ковешникова ЕЮ, Жукова ИИ. Клинико-эпидемиологические особенности современного туберкулезного спондилита. *Туберкулез и болезни легких*. 2013; (1):41-45. [Kulchavenya EV, Koveshnikova EYu, Zhukova II. Clinical and epidemiological features of modern tuberculous spondylitis. *Tuberculosis and Lung Disease*. 2013; (1): 41-45. (In Russian)]
4. Касаева ТЧ, Габбасова ЛА, Москалев АА, Васильева ИА, Михайлова ЮВ, Сон ИМ, Нечаева ОБ, Стерликов СА, Гордина АВ, Обухова ОВ, Марьяна НС, Аксенова ВА, Шилова МВ, Попов СА, Богородская ЕМ, Борисов СЕ, Белиловский ЕМ, Данилова ИД, Слогодская СВ, Одинцов ВЕ, Пунга ВВ, Яблонский ПК, Баласанянц ГС, Галкин ВБ, Мушкин АЮ, Загдын ЗМ, Ларионова ИИ, Чебагина ТЮ, Щукина ИВ, Пашкевич ДД, Малахов ВН, Мезенцева НИ, Заикин ЕВ. Туберкулез в Российской Федерации, 2012/2013/2014 гг. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. М.: Триада; 2015. 312с. [Kasaeva TCh, Gabbasova LA, Moskaev AA, Vasilyeva IA, Mikhailova YuV, Son IM, Nechaeva OB, Sterlikov SA, Gordina AV, Obukhova OB, Maryina NS, Aksenova VA, Shilova MV, Popov SA, Bogorodskaya EM, Borisov SE, Belilovsky EM, Danilova ID, Slogotskaya SV, Odintsov VE, Punga VV, Yablonsky PK, Balasanyants GS, Galkin WB, Mushkin AYU, Zagdin ZM, Larionova II, Chebagina TYu, Schukina IV, Pashkevich DD, Malakhov VN, Mezentseva NI, Zaikintov NI. Tuberculosis in the Russian Federation, 2012/2013/2014 Analytical review of statistical indicators used in the Russian Federation and in the world. Moscow: Triada; 2015. 312 p. (In Russian)]
5. Kumar B, Muralidhar S. Cutaneous tuberculosis: a twenty-year prospective study. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 1999; (6):494-500.
6. Yates VM, Ormerod LP. Cutaneous tuberculosis in Blackburn district (U.K.): a 15-year prospective series, 1981-95. *British Journal of Dermatology*. 1997; (4):483-489.
7. Bhatta A, Solangi A, Arakay H. Clinical and epidemiological observations of cutaneous tuberculosis in Larkana, Pakistan. *British Journal of Dermatology*. 2002; (3):159-165.
8. Hamada M, Urabe K, Moroi Y, Miyazaki M, Furue M. Epidemiology of cutaneous tuberculosis in Japan: a retrospective study from 1906 to 2002. *International Journal of Dermatology*. 2003; (10):727-731.
9. Беллендир ЭН, Чужов АЛ, Чихарь АМ, Ариэль БМ. Патогенез и дифференциальная диагностика туберкулеза кожи 1-я часть. *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2005; (11):51-59. [Bellendir EN, Chuzhov AL, Chixar AM, Ariehtl BM. Pathogenesis and differential diagnosis of skin tuberculosis 1st part. *Problems of Tuberculosis and Lung disease*. 2005; (11): 51-59. (In Russian)]
10. Перельман МИ. Фтизиатрия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007. 512 с. [Perelman MI. Phthisiatry. National leadership. M. : GEOTAR-Media; 2007. 512 p. (In Russian)]
11. Браженко НА. Внелегочный туберкулез: руководство для врачей. СПб. : СпецЛит; 2013. 395 с. [Brazhenko ON. Extrapulmonary Tuberculosis: A Guide for Physicians. SPb. : SpetsLit; 2013. 395 p. (In Russian)]
12. Крутько ВС, Потейко ПИ, Ходош ЭМ. Пульмонология: наружные симптомы. Харьков: НТМТ; 2011. 186 с. [Krutko VS, Potejko PI, Chodosh EM. Pulmonology: external symptoms. Kharkov : NTMT; 2011. 186 p. (In Russian)]
13. Рыжко ПП, Руденко АВ, Ищейкин КЕ, Ищейкина ЮА, Броше ЕА. Туберкулез. Туберкулез кожи. Харьков: Фолио; 2005. 272 с. [Ryzhko PP, Rudenko AV, Iwejkin KE, Iwejkina YuA, Broshe EA. Tuberculosis. Lupus. Kharkov: Folio; 2005. 272 p. (In Russian)]
14. Русак ЮЭ, Кузьмина НВ, Улитина ИВ, Власова СЛ, Голованова ОВ, Тянь СП, Садвакасов КШ, Цой ММ, Адольева ОВ. Туберкулез кожи: существует ли проблема? *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2009; (1): 4-5. [Rusak YuE, Kuzmina NV, Ulitina IV, Vlasova SL, Golovanova OV, Tyan SP, Sadvakasov KSh, Tsoj MM, Adoleva OV. Skin tuberculosis: is there a problem? *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2009; (1): 4-5. (In Russian)]
15. Чужов АЛ, Ариэль БМ. Туберкулез кожи: взгляд сквозь призму учения К.Э. Ранке. *Медицинский альянс*. 2017; (10):36-42. [Chuzhov AL, Ariehtl

ВМ. Skin tuberculosis: a look through the prism of K.E. Ranke. *Medical Alliance*. 2017; (10): 36-42. (In Russian)]

Сведения об авторах

Позднякова Ольга Николаевна, д.м.н., профессор, Новосибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, д. 52; тел.: +7(913)4507131; e-mail: Bogomoltatyana@yandex.ru

Бычков Станислав Германович, студент, Новосибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, д. 52; тел.: +7(961)2283770; e-mail: Stasbychkov9409@mail.ru

Поддубная Людмила Владимировна, д.м.н., доцент, Новосибирский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, д. 52; тел.: +7(913)9422653; e-mail: Podd@ngs.ru

Author information

Olga N. Pozdnyakova, Dr.Med.Sci., Professor, Novosibirsk State Medical University; Address: 52, Krasny avenue Str., Novosibirsk, Russian Federation, 630091; Phone: +7(913)4507131; e-mail: Bogomoltatyana@yandex.ru

Stanislav G. Bychkov, student, Novosibirsk State Medical University; Address: 52, Krasny avenue Str., Novosibirsk, Russian Federation, 630091; Phone: +7(961)2283770; e-mail: Stasbychkov9409@mail.ru

Ludmila V. Poddubnaya, Dr.Med.Sci., Docent, Novosibirsk State Medical University; Address: 52, Krasny avenue Str., Novosibirsk, Russian Federation, 630091; Phone: +7(913)9422653; e-mail: Podd@ngs.ru

Поступила 04.02.2019 г.

Принята к печати 11.10.2019 г.

Received 04 February 2019

Accepted for publication 11 October 2019



This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.