Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего

профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра туберкулеза с курсом ПО

Реферат

 На тему: туберкулез кишечника. Туберкулез селезенки. Туберкулезный перитонит. Клиника, диагностика и лечение.

Выполнил:

 ординатор Голубок Н.В.

 Проверил: к.м.н., зав.

 кафедрой Омельчук Д.Е

Красноярск 2018

План

1.Туберкулез кишечника………………………………………………………3-6

* Этиология и патогенез……………………………………………..3
* Клиника……………………………………………………………3-4
* Диагноз…………………………………………………………….4-5
* Дифференциальный диагноз……………………………………..5
* Лечение…………………………………………………………….6

2.Туберкулез селезенки……………………………………………………….7-8

* Этиология………………………………………………………….7
* Клиника…………………………………………………………….7
* Лечение……………………………………………………………..8

3.Туберкулезный перитонит…………………………………………………9-12

* Этиология………………………………………………………….9
* Пат.анатомия………………………………………………………10-11
* Клиника……………………………………………………………12
* Лечение…………………………………………………………….12

4.Литература……………………………………………………………..14

**Туберкулез кишечника**

Туберкулез кишечника — хроническая инфекционная болезнь, вызываемая микобактериями туберкулеза. Она проявляется образованием специфических гранулем в различных отделах кишечника, чаще в илеоцекальной области. Заболеваемость туберкулезом в последние годы значительно увеличилась и, по данным достигает 47,5 случаев на 100 000 населения.

**Этиология и патогенез**

Обычно туберкулез кишечника является вторичным процессом,возникающем на фоне прогрессирования туберкулеза легких. Реже поражение быть первичным как следствие алиментарного заражения.
Желудок обладает высокой резистентностью к туберкулезной инфекции. Поэтому даже систематическое заглатывание большого количества вирулентных бактерий при туберкулезе легких далеко не всегда приводит к вторичному поражению желудка и кишечника.
При туберкулезе кишечника в первую очередь поражаются лимфатические узлы брыжейки: развивается туберкулезный мезаденит. В пораженных участках кишки появляются специфические инфильтративно-язвенные опухолевидные образования или множественные мелкие плотные узелки красного цвета (гранулемы). Туберкулезные гранулемы нагнаиваются и вскрываются с образованием кровоточащих сливающихся язв. В случае перфорации развивается ограниченный или разлитой перитонит.Патологический процесс локализуется в основном в дистальном отделе тонкой кишки в местах сосредоточения пейеровых бляшек или в слепой кишке.
Реже язвенно-деструктивные поражения образуются в восходящей и поперечной ободочных кишках. Очень редко встречается туберкулез прямой кишки и аноректальной области. Для него характерны параректальные абсцессы и хронические язвы. Язвы не имеют тенденции к заживлению, приводят к сужению прямой кишки. При вскрытии туберкулезного абсцесса образуется параректальный свищ (парапроктит).

**Клиника**

Заболевание кишечника при туберкулезе возможно как со специфическим анатомическим поражением, так и без него. В последнем случае у больного наблюдаются общие симптомы, свойственные туберкулезу (лихорадка, потливость, изменение крови и др.). Кишечные симптомы характеризуются длительными поносами, резистентными к обычной терапии. В этот период возможно также вовлечение в процесс брыжеечных лимфатических узлов.
Мезентериальный лимфаденит. Проявляется болями вокруг пупка, усиливающимися при ходьбе и физическом напряжении. При пальпации боль локализуется преимущественно в проекции корня брыжейки: левом верхнем (точка Поргеса) и правом нижнем квадрантах живота. Клиническое улучшение в этом случае наступает лишь после назначения туберкулостатических препаратов. По мере прогрессирования процесса и образования в кишечнике специфических воспалительных изменений появляются боли в животе, чаще в правой подвздошной области, нарастают слабость, недомогание и симптомы интоксикации. При пальпации в правой подвздошной области можно обнаружить гладкую или бугристую малоболезненную опухоль.
Язвенно-диструктивное поражение кишечника. Проявляется симптомами раздражения брюшины, увеличивается лихорадка с большими размахами между утренней и вечерней температурой тела. В кале появляется кровь, а при микроскопии — лейкоциты и эритроциты. При язвенно-деструктивном процессе нередко развиваются осложнения: перфорация, кишечное кровотечение, наружные кишечные и кишечная непроходимость.Характерными симптомами туберкулеза прямой кишки являются тенезмы и ложные позывы на дефекацию, наличие гноя и крови в кале. Боли в прямой кишке нехарактерны и появляются главным образом при поражении аноректальной области.

**Диагноз**

Туберкулез кишечника устанавливают с помощью комплексного обследования, включающего обзорную рентгенографию органов грудной клетки, брюшной полости, ирригоскопию, рентгеноскопию тонкой кишки, колоноскопию и лапароскопию с биопсией, туберкулиновые пробы. В качестве одного из скрининговых методов диагностики туберкулезного поражения кишечника предлагают шире использовать исследования кала на скрытую кровь.
При рентгенологическом исследовании в слепой или восходящей ободочной кишках выявляются «полулунный» дефект наполнения, отсутствие гаустрации, ригидное сужение просвета и укорочение размеров этого отдела кишечника, парадоксальная задержка бария в слепой кишке при освобождении других отделов.
Определенное значение в диагностике туберкулеза кишечника имеет УЗИ. Характерными признаками в этом случае могут быть сегментарное поражение кишки, увеличенные регионарные лимфатические узлы и осумкованный асцит. Туберкулез аноректальной области и прямой кишки выявляется при проктологическом исследовании. Туберкулезные язвы располагаются на разных уровнях прямой кишки, имеют приподнятые края, плоское дно, покрытое гнойным содержимым. Просвет кишки, как правило, сужен. Туберкулезный парапроктит отличается длительным течением, обильным выделениями и отсутствием болей.
Туберкулезное поражение кишечника считается установленным, когда в ткани или биологических жидкостях выявляются микобактерии туберкулеза. Современные методы культивирования микобактерии туберкулеза позволяют провести специфическую идентификацию выделенных микроорганизмов. Процесс этот достаточно длительный. Время размножения микобактерии составляет 20 ч. Первичное выделение возбудителя из клинического материала требует от 4 до 8 нед.
Внутрикожная туберкулиновая проба является надежным способом распознавания первичной туберкулезной инфекции. Реакцию следует учитывать через 48 ч путем измерения поперечного диаметра уплотнения, выявляемого при пальпации. У больных туберкулезом Размер этого уплотнения составляет не менее 17 мм. Инфицированные, но не заболевшие люди имеют аналогичные реакции. Туберкулиновая чувствительность не является специфичной, так как может развиться в результате контакта с непатогенными микобактериями окружающей среды, возможно также парадоксальное отсутствие кожной туберкулезной реактивности у инфицированных лиц (анергия). Она наблюдается у 15% больных туберкулезом и ассоциируется с рядом болезненных состояний и нарушением иммунного статуса.

**Дифференциальный диагноз**

Распознавание туберкулезного поражения очень сложно, поскольку клинико-рентгенологические и эндоскопические признаки при нем имеют много общего с другими воспалительными заболеваниями. Дифференциальный диагноз нужно проводить с болезнью Крона и язвенным колитом, амебной дизентерией и опухолями кишечника. Исключить опухоли и амебную дизентерию помогает гистологическое исследование. При болезни Крона и при туберкулезе при эндоскопической биопсии могут выявляться саркоидоподобные гранулемы. Они состоят из скоплений лимфоцитов, в центре которых можно обнаружить единичные гигантские клетки типа Пирогова — Лангханса. В отличие от болезни Крона при туберкулезе наряду с гранулемами появляются очаги казеозного некроза.

**Лечение**

Современное лечение неосложненных форм проводят эффективными туберкулостатическими препаратами. Однако не всегда удается достигнуть излечения. Это связано с наличием лекарственно-устойчивых мутантов микобактерий. Для того чтобы предотвратить их развитие, следует одновременно применять два эффективных препарата. Медленное размножение микобактерий и способность их длительное время находиться в неактивном состоянии обусловливает необходимость применения длительных курсов химиотерапии.
Лечение туберкулеза кишечника должно проводиться в специализированных туберкулезных стационарах. Одним из наиболее эффективных режимов лечения туберкулеза кишечника является ежедневный прием изониазида и рифампицина в течение 9 мес или изониазида и этамбутола в течение 18 мес.Эти методы лечения позволяют получить благоприятные результаты у 95 и 99% больных. Основными проблемами, связанными с осуществлением лечебных противотуберкулезных программ, являются недисциплинированность больных и возможность побочного действия туберкулостатических препаратов. Количество больных, самовольно прекращающих лечение, может находиться в пределах от 15 до 40%.
Опасным последствием токсического действия туберкулостатических препаратов являются гепатит, невриты преддверно-улиткового и зрительного нервов, тромбоцитопения и почечная недостаточность.
Побочные эффекты лекарств, вынуждающие изменять программу лече¬ния, наблюдаются у 30% больных, получающих изониазид и рифампицин и у 10%, получающих изониазид и этамбутол.При развитии осложнений показано хирургическое лечение.

**Туберкулез селезенки**

Туберкулез селезенки - заболевание, возникающее вследствие инфицирования организма микобактериями туберкулеза. В селезенке очень редко возникает туберкулез первично, чаще поражение происходит на фоне существующего процесса в легких. Значительно реже встречаются изолированные формы туберкулеза селезенки при отсутствии активного туберкулеза других органов или даже как первичное проявление туберкулезной инфекции.

Проникновение туберкулезной инфекции в селезенку происходит гематогенно. Не исключена возможность лимфогенного пути и контактного перехода туберкулезного процесса.Патологоанатомические изменения в селезенке при туберкулезе сводятся к развитию множественных мелких специфических узелков размером от просяного зерна до ореха. Чаще наряду с фиброзом паренхимы имеет место образование отдельных крупных узлов с казеозным распадом и образованием каверн.Может наблюдаться обызвествление туберкулезных очагов.Милиарная форма туберкулеза селезенки обычно есть при генерализации туберкулеза и значительно реже — при изолированной форме селезеночного туберкулеза.

**Клиника**

Клиническое развитие изолированного селезеночного туберкулеза может протекать или в виде бурно развивающегося процесса, или, что встречается чаще, в форме хронического, длительно текущего заболевания. В последнем случае отмечается субфебрильная температура, понижение аппетита, быстрая утомляемость, снижение работоспособности. Спленомегалия ведет к развитию болевых ощущений в левом подреберье.[**Селезенка**](http://surgeryzone.net/info/anatomiya/selezenka.html) может достигать больших размеров (до 3—3,5 кг); она плотно-эластической консистенции с отдельными участками размягчения (на месте казеозного распада). Поверхность ее обычно гладкая, но может быть бугристой.

Увеличение селезенки ведет к развитию симптомов гиперспленизма: резкое уменьшение числа лейкоцитов (до 1000 в 1 мм3 и ниже), тромбоцитов, удлинение времени кровотечения, что нередко вызывает наступление кровотечений (из десен, носовых) и подкожных кровоизлияний. В большинстве случаев развивается анемизация, но иногда, наоборот, наблюдается гиперглобулия и увеличение процента гемоглобина (до 190—200%).

Как правило, наблюдаются явления цирроза печени или развитие в ней туберкулезного процесса. В ряде случаев селезеночный туберкулез осложняется развитием специфического лимфаденита, полисерозита и даже туберкулезного поражения костей.

**Лечение**

Лечение туберкулеза селезенки проводят по общим принципам терапии данного заболевания, назначают противотуберкулезные препараты. В течение всего лечения рекомендуется наблюдение в динамике с помощью регулярных рентгенологических исследований. Помимо этого обязателен прием витаминов и иммуностимулирующих препаратов.

Хирургический метод лечения используют для изолированного туберкулеза селезенки, после операции также показана терапия противотуберкулезными препаратами.

**Туберкулезный перитонит**

Наиболее частой формой хронического воспаления брюшины является туберкулезный перитонит.

Частота туберкулезного перитонита, по данным различных статистик, колеблется в значительных пределах: от нескольких сотых до нескольких процентов.

В детском возрасте это заболевание встречается несравненно чаще. В связи с этим ранее считали туберкулезный перитонит в основном заболеванием, свойственным детскому возрасту. Лишь около 6—10% больных туберкулезным перитонитом старше 15 лет. Среди взрослых туберкулезный перитонит чаще встречается в возрасте до 30 лет.

Среди больных туберкулезным перитонитом преобладают женщины. Туберкулезный перитонит у мужчин наблюдается только в 9,4%, у женщин — в 90,6% случаев.

Преобладание женщин среди больных туберкулезным перитонитом, очевидно, связано с распространением специфической инфекции через генитальный аппарат, в частности через трубы, сообщающиеся с брюшной полостью.

Большей частью туберкулезный перитонит представляет собой вторичное проявление туберкулеза. В качестве первичного заболевания туберкулезный перитонит встречается исключительно редко – 0.5-1%.

**Этиология**

В большинстве случаев первичными очагами туберкулеза, существование которых в дальнейшем может привести к развитию туберкулезного перитонита, являются: туберкулез мезентериальных и бронхиальных желез, туберкулез легких, кишечника, женской половой сферы. Нередко туберкулезный перитонит является одним из компонентов сочетанного поражения ряда серозных оболочек - плевры, перикарда, т. е. одним из проявлений полисерозита. Во многих случаях развитию перитонита предшествует плеврит.

Проникновение туберкулезной инфекции в брюшную полость и развитие туберкулезного перитонита может идти различными путями. В частности, возможен непосредственный путь внедрения инфекции из пораженных туберкулезом мезентериальных желез или при прорыве туберкулезной язвы кишечника. Особенно часто наблюдается лимфогенный путь переноса возбудителя туберкулеза из плевральных полостей через трансдиафрагмальные лимфатические пути, устанавливающие связь между грудной и брюшной полостями.

**Пат.анатомия**

Патологическая анатомия туберкулезного перитонита характеризуется высыпанием бугорков на брюшине с рядом реактивных изменений последней. Сначала возникает гиперемия брюшины. Поверхность ее теряет обычную глянцевитость, становится мутной. Затем появляется прозрачный экссудат желтоватого или зеленоватого цвета. Иногда он становится красноватым, теряет прозрачность. Нередко на поверхности брюшины возникают фибринозные наложения, может наблюдаться резкое утолщение брюшины без образования спаек — так называемый пластический линит брюшины. В большинстве случаев при сухих формах перитонита развиваются сращения. Относительно редко образуются гнойно-казеозные очаги, отягощающие течение болезни.

В зависимости от распространенности процесса различают разлитые (общие) и ограниченные (местные) формы туберкулезного перитонита, а в связи с характером течения процесса можно выделить относительно редко встречающиеся острые (в основном как проявление милиарного туберкулеза), в том числе и перфоративные перитониты и наблюдаемые наиболее часто хронические туберкулезные перитониты. Последние по характеру морфологических изменений, находящих свое отражение и в особенностях клинической картины, обычно разделяют на три группы: экссудативный, сухой и гнойно-казеозный туберкулезный перитонит.

1. Экссудативный туберкулезный перитонитхарактеризуется выпотом в брюшной полости, количество которого может достигать десятков литров. На поверхности брюшины обычно обнаруживаются единичные туберкулезные бугорки. Однако листки брюшины, как правило, изменены — тусклы, шероховаты, часто с белесоватым оттенком. В свою очередь эту форму туберкулезного перитонита ряд авторов разделяет на чисто экссудативную, экссудативно-слипчивую и фибропластическую в зависимости от преобладания тех или иных морфологических изменений.

2. Сухой туберкулезный перитонитхарактеризуется выраженной гиперемией, отечностью и утолщением листков брюшины, на которых обычно видны туберкулезные бугорки. Число их может быть весьма значительным. В брюшной полости выпота нет либо обнаруживается незначительное количество серозного экссудата. Следует иметь в виду необходимость дифференциации в подобных случаях туберкулезного перитонита с карциноматозом брюшины. При туберкулезном перитоните туберкулезные бугорки располагаются на брюшине, покрывающей кишечник, на сальнике, который в подобных случаях часто деформирован (сморщен). В сальнике бугорки нередко сливаются вместе и одновременно с деформацией его образуют большие плотные узлы и бугры, внешне напоминающие опухоли. Клинически эта опухолевидная форма сухого перитонита нередко дает основание для ошибочной диагностики злокачественных опухолей в брюшной полости.

3. Гнойно-казеозная форма перитонитахарактеризуется образованием множественных гнойников.

Все формы туберкулезного перитонита могут вызвать значительные морфологические изменения и функциональные нарушения органов брюшной полости (в особенности в результате обширных спаек).

**Клиника**

Начало туберкулезного перитонита в одних случаях характеризуется достаточно определенно, но нередко заболевание развивается постепенно, незаметно и больные поступают под наблюдение врача лишь в период, когда клиническая картина достаточно выражена. Скрытое течение заболевания может продолжаться довольно долго.

Появляются неспецифические признаки хронической интоксикации - нарушения аппетита, слабость, разбитость, быстрая утомляемость, головные боли, колебания настроения, периодические непродолжительные познабливания, повышенная потливость. Вскоре возникают неприятные ощущения в животе, главным образом в нижней его части и в подвздошных областях. Нередко нарушается стул: наклонность к поносам до 3—4 раз в сутки, в более редких случаях — к запорам. При бурном развитии заболевания иногда наблюдается повторная рвота.

Периодически возникают тянущие боли, усиливающиеся при пальпации живота, ощущения стягивания его поясом и т. п. Обычно к этому присоединяется чувство распираний живота, вздутие его. В дальнейшем при сухих формах боли в брюшной полости могут усилиться, что объясняется появлением свежих высыпаний бугорков на брюшине. В отдельных случаях болевые ощущения весьма интенсивны, что при высыпании бугорков на париетальной брюшине, выстилающей сверху правую подвздошную область, может привести к ошибочной диагностике аппендицита. При пальпации обнаруживаются симптомы раздражения брюшины (Блюмберга—Щеткина и др.). Реже удается выявить шум трения брюшины.

В этом периоде развитие туберкулезного перитонита сходно для всех его форм с той только разницей, что у некоторых больных все эти симптомы бывают резко выражены и начало заболевания характеризуется более бурным течением. У таких больных сразу возникает значительная лихорадка — до 38—39° с периодическими снижениями температуры по утрам до нормы. Общее состояние при этом существенно не страдает. Иногда снижение температуры сопровождается обильным потоотделением.

Длительная значительная лихорадка все же не характерна для туберкулезного перитонита, большей частью она развивается при его осложнениях: обострении туберкулеза легких или кишечника, развитии гнойных поражений брюшной полости, в том числе нагноении.

При неосложненном течении туберкулезного перитонита — при сухих и выпотных формах — температура постепенно снижается, стойко устанавливаясь на субфебрильном уровне. Этот субфебрилитет продолжается неделями и месяцами. Периодически температура на несколько дней значительно повышается, что свидетельствует о новом высыпании на брюшине туберкулезных бугорков или об осложнении основного процесса.

Отдельным формам туберкулезного перитонита свойственны значительные различия в клинике, в основном выражающиеся симптомами, связанными с местными процессами в брюшной полости. Вместе с тем имеются и общие для различных форм туберкулезного перитонита черты, в первую очередь нервно-психические изменения.

Выделяют два типа эмоциональных реакций у больных туберкулезным перитонитом. Первый тип характеризуется эмоциональной неустойчивостью, повышенной возбудимостью, второй — эмоциональной инертностью, пониженной возбудимостью.

У больных, страдающих туберкулезным перитонитом, весьма часто наблюдаются нарушения обмена. Основной обмен повышен, что способствует падению веса. Последнее усугубляется поносом, сопровождающим течение заболевания. Особенно значительно исхудание при сухой форме перитонита. При затихании процесса, нормализации функций желудочно-кишечного тракта, исчезновении болей, восстановлении аппетита больные быстро прибавляют в весе.

**Лечение**

Лечение туберкулезного перитонита начинают с применения специфической терапии (стрептомицин, ПАСК, фтивазид и др.), одновременно проводя общеукрепляющее лечение. Если консервативные мероприятия не имеют успеха, применяют оперативное лечение; вскрытие брюшной полости само по себе часто приводит к выздоровлению; в брюшную полость вводят 0,5—1 г стрептомицина. Перед зашиванием раны рекомендуется облучить брюшную полость кварцевой лампой, рентгеновыми или солнечными лучами. Иногда вместо вскрытия брюшной полости применяют пневмоперитонеум: посредством прокола брюшной стенки в полость вводят от 500 до 1000 мл кислорода и 0,5—1 г стрептомицина в растворе новокаина.

**Литература**

1) А.Г.Хоменко, М.М.Авербах, А.В.Александрова - Туберкулёз органов дыхания – М.: Медицина, 1988.

2) Пилипчук Н.С. Особенности дифференциальной диагностики туберкулёза и некоторых пороков развития лёгких – Минск, 1974 г.

3) Шестерина М.В. Изменения бронхов при туберкулёзе лёгких. – М.: Медицина, 1976.

4) Авербах М.М. Туберкулёмы лёгкого. – М.: Медицина, 1969.

5) Струков А.И., Соловьёва И.П. Морфология туберкулёза в современных условиях. – М.: Медицина, 1996

6) Фирсова В.А. туберкулёз органов дыхания у детей. – М.: Медицина, 1978

7) Земскова З.С., Дорожкова И.Р. Скрыто протекающая туберкулёзная инфекция. – М.: Медицинёа, 1994